Rok XLVII. Kraków, dnia 28. listopada 1908. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni Dr St. Serkowskiego w Warszawie.

Sposoby Esbacha i Brandberga oraz metoda wagowa ilościowego określania białka w moczu.

Opracowali
Dr St. Serkowski i sł. med. Zieleniewski.

Wartość klinicznych sposobów ilościowego oznaczania białka w moczu w porównaniu z metodą wagową jest o tyle sprawą dla każdego lekarza ważną, że sposobami tymi posiłkuje się prawie każda pracownia, każda klinika i szpital, korzystają z nich nawet lekarze przy łóżku chorego. Porównanie wartości dwóch sposobów — Esbacha i Brandberga z metodą wagową, stanowi treść niniejszej pracy.

Opisywać tu znanych sposobów Esbacha ani też Roberts-Stolnikowa (zmodyfikowanego przez Brandberga) nie będziemy: zbyt znane są bowiem one każdemu lekarzowi.

Wiedząc z doświadczenia, że ciężar właściwy do pewnego stopnia wpływa na spoistość, a co za tem idzie i na objętość osadu przy odczynie Esbacha tak, jak wpływa też i ciepłota, naprzód doprowadzaliśmy mocz do stałego ciężaru 1,010. Przy nadmiernie wysokiej zawartości białka (poczynając od 0,8) w moczu, ustawiano kilka prób Esbacha, rozcieńczając mocz odpowiednio dwu- do wielokrotnie.

Do oznaczania metodą wagową braliśmy 10 do 25 cm^3 moczu, zależnie od wyniku próby Hellera: przy znacznej ilości białka brano 10 cm^3 moczu i rozcieńczano go wodą przekroploną w celu uniknięcia zbytniego zgęszczenia płynu przy strącaniu białka; o ile zaś ilość białka była nieznaczna, brano 25 cm^3 przesączu. Więc 10—25 cm^3 badanego moczu wlewaliśmy do zlewki i ogrzewali na kąpieli do zupełnego strącenia białka, przyczem w razie oddziaływania zasadowego lub słabo-kwaśnego dolewaliśmy kroplami $2^0/_0$-go kwasu octowego (CH_3COOH). Po ostudzeniu płyn przesączaliśmy przez dokładnie uprzednio wysuszony przy 100 do 105^0 C i zważony sączek, przemywaliśmy osad wodą przekroploną, wyskokiem i eterem.

Następnie dokładnie wysuszony sączek z osadem ważono (A), a dla odliczenia ilości substancyi nieorganicznych sączek z osadem wyżarzano w platynowym (poprzednio też wyżarzonym i zważonym) tygielku, poczem następowało ponowne ważenie (B).

Liczby, oznaczające wagi A i B, obliczano na 1 litr moczu, a różnica między temi liczbami odpowiadała ilości białka *pro mille*.

Poniżej przytoczone dane, zestawione w postaci tablicy, są wynikiem oznaczeń, wykonanych przez nas od czerwca do września r. b. (Tabl. I.).

Przegląd tego zestawienia jest ze wszech miar ciekawy i pouczający. Uważając za najbardziej miarodajną metodę wagową, widzimy, że najbardziej do niej zbliżony jest sposób Brandberga; gorsze natomiast wyniki daje sposób Esbacha, choć jeden jak i drugi nieraz naraża na niespodzianki. Zdarza się nieraz, że przy sposobie Esbacha (pomijając nie ścisłe wykonanie podziałek w tych przyrządach) jednakową otrzymuje się ilość białka w rozcieńczonym, jak i nierozcieńczonym moczu. Największe różnice między sposobem Esbacha a metodą wagową spostrzega się przy małej (poniżej $1,0^0/_{00}$) i dużej (powyżej $4,0—5,0^0/_{00}$) zawartości białka; przy średnich ilościach (1,0 do 4,0) różnice te bywają niezbyt wybitne. Dlatego też — jak się przekonaliśmy na moczu jednej i tej samej osoby, badanym wielokrotnie — nieznaczne wahania białka w przebiegu miąższowego przewlekłego zapalenia nerek możliwe są do uwydatnienia najlepiej według metody wagowej; gorzej sposobem Brandberga, a sposób Esbacha w tych przypadkach odbiega nieraz tak dalece to w jedną, to w drugą stronę (w moczu jednej i tej samej osoby), że częstokroć posiłkować się tym sposobem i z niego wnioski wysnuwać byłoby co najmniej sprawą ryzykowną.

Ponieważ najbardziej rozpowszechnionym jest sposób Hellera jakościowego oznaczania białka i na nim oparty jest też sposób Brandberga ilościowego oznaczania, więc nie od rzeczy będzie uczynić tu uwagę i przestrogę o możliwości omyłek przy użyciu — jako odczynnika — kwasu azotowego. W błąd wprowadzić mianowicie może pierścień na granicy moczu i odczynnika, który pochodzi nie od białka, lecz od azotanu mocznika w moczach nasyconych i tworzy się po pewnym czasie (zapobiedz temu można przez rozcieńczenie moczu); przy zetknięciu również nasyconego moczu z kwasem azotowym wypaść może też kwas moczowy w postaci bądź mętnego pierścienia ponad granicą zetknięcia płynów, bądź też ogólnego zmętnienia przy nadmiarze kwasu moczowego. W celu usunięcia tej możliwości należy ostrożnie ogrzewać probówkę do 40^0 lub też uprzednio rozcieńczyć mocz pół na pół wodą.

Liczba porz.	Esbach	Esbach przy ciężarze właściwym 1,010	Brandberg	Wagowo	Ciężar właściwy przy + 15° C.	
1	3,0‰	2,0‰	4,5‰	4,6502 + popiół 0,024	1,020	mocz
2	1,10	1,10	1,5	1,104 + popiół 0,016	1,010	„
3	2,50	1,0	3,5	3,656 + popiół 0,0120	1,020	„
4	–	8,0 (6-krotnie rozcieńcz.)	63,5	55,74	1,020	wysięk
5	1,25	1,0	1,5	1,584 + popiół 0,016	1,012	mocz
6	0,75	0,6	1,0	0,920 + popiół 0,036	1,015	„
7	0,75	0,75	1,0	0,856 + popiół 0,046	1,010	„
8	0,75	0,5	0,8	0,796 + popiół 0,044	1,016	„
9	1,0	0,6	1,5	1,406 + popiół 0,040	1,015	„
10	12,0	8,0	16,0	16,298 + popiół 0,068	1,015	„
11	4,5	3,25	4,5	5,070 + popiół 0,072	1,013	„
12	0,25	0,20	0,3	0,336 + popiół 0,028	1,020	„
13	1,25	1,0	2,0	2,208 + popiół 0,030	1,013	„
14	0,25	0,20	0,3	0,244 + popiół 0,020	1,018	„
15	0,75	0,5	1,0	1,192 + popiół 0,016	1,016	„
16	8,0	4,5	10,5	9,758 + popiół 0,084	1,018	„
17	1,0	0,75	1,5	1,630 + popiół 0,042	1,015	„
18	2,5	2,5	3,5	3,404 + popiół 0,056	1,010	„
19	1,5	1,25	3,5	2,856 + popiół 0,024	1,015	„
20	3,5	—	5,5	5,175 + popiół 0,055	1,005	„
21	0,5	0,25	0,5	0,402 + popiół 0,022	1,028	„
22	0,25	0,20	0,5	0,402 + popiół 0,024	1,023	„
23	2,25	2,0	2,5	2,108 + popiół 0,020	1,015	„
24	2,10	2,0	2,5	2,180 + popiół 0,036	1,013	„
25	—	1,9 } 1,75 }	2,0	1,720 + popiół 0,048	1,010	„
26	0,75	0,5	1,5	1,116 + popiół 0,020	1,015	„
27	0,5	0,5	0,8	0,684 + popiół 0,028	1,018	„
28	18,0	—	24,5	20,570 + popiół 0,060	1,027	„
29	4,5	3,5	6,5	6,140 + popiół 0,044	1,013	„
30	1,75	1,5	2,5	2,188 + popiół 0,068	1,015	„
31	0,3	0,25	0,5	0,400 + popiół 0,048	1,016	„
32	—	1,0	1,3	1,092 + popiół 0,060	1,010	„
33	3,5	3,0	5,0	4,892 + popiół 0,044	1,012	„
34	0,6	0,5	1,3	1,072 + popiół 0,080	1,015	„
35	2,0	—	2,5	2,148 + popiół 0,088	1,005	„
36	0,6 } 0,5 }	—	0,8	0,664 + popiół 0,044	1,009	„
37	0,9	—	1,2	1,044 + popiół 0,036	1,007	„
38	1,5	1,0	3,0	2,720 + popiół 0,064	1,021	„
39	32,5!	—	45!	42,124 + popiół 0,120	1,026	„
40	0,25	0,1	0,5	0,432 + popiół 0,028	1,033	„
41	0,75	0,5	1,5	1,352 + popiół 0,032	1,024	„

Liczba porz.	Esbach	Esbach przy ciężarze właściwym 1,001	Brandberg	Wagowo	Ciężar właściwy przy + 15° C.	
42	1,5‰	1,25‰	2,7‰	2,312 + popiół 0,048	1,012	mocz
43	1,0	0,75	1,8	1,628 + popiół 0,024	1,017	„
44	0,3	0,25	0,7	0,602 + popiół 0,028	1,020	„
45	0,5	0,3	1,0	0,816 + popiół 0,032	1,019	„
46	0,25	0,25	0,5	0,396 + popiół 0,028	1,010	„
47	4,0	2,5	5,5	4,876 + popiół 0,088	1,015	„
48	0,3	0,25	0,7	0,608 + popiół 0,036	1,023	„
49	2,0	—	2,7	2,320 + popiół 0,064	1,005	„
50	—	8,5	18	16,020 + popiół 0,10	1,022	„
51	1,5	1,0	2,3	2,208 + popiół 0,056	1,023	„
52	0,3	0,2	0,5	0,404 + popiół 0,028	1,022	„
53	0,5	0,3	1,0	0,740 + popiół 0,044	1,020	„
54	32,5	—	37,5	36,060 + popiół 0,380	1,015	wysięk
55	1,25	1,0	1,5	1,476 + popiół 0,068	1,013	mocz
56	2,0	1,5	2,5	2,564 + popiół 0,080	1,021	„
57	12,0	8,0	18,5	17,132 + popiół 0,124	1,017	„
58	—	0,5	0,5	0,620 + popiół 0,044	1,010	„
59	0,3	0,25	0,3	0,312 + popiół 0,020	1,016	„
60	18,75 (15–3,75)	—	26,5	24,560	1,020	„
61	4,5	4,0	8,3	8,612	1,012	„
62	7,0	5,5	12,0	11,584	1,015	„

Kilka cyfr opuszczonych w powyższej tablicy oznacza, że nie określano bądź z powodu nadmiernie małej ilości moczu, bądź też ciężar był mniejszy, niż 1,010.

Kwas azotowy strąca też mucynę i temu podobne związki, ale odróżnienie w tych wypadkach nie nastręcza trudności choćby dlatego, że pierścień tworzy się znacznie wyżej na pół do 1 cm ponad zwykłem miejscem tworzenia się pierścienia białkowego. Zmętnienie powstać może też pod wpływem kwasów żywicznych, o ile mocz zawiera balsam kopaiwiany, styraks, terpentynę w postaci soli rozpuszczalnych (przekonać się można o ich obecności zapomocą innych odczynów). W przypadkach obecności albumozy[1]) tworzy się mętnawy pierścień, o ile na kwas azotowy nalewamy chłodny mocz; ogrzany zaś daje dopiero po ostygnięciu osad, który znów rozpuszcza się przy nagrzewaniu, barwiąc mocz na żółto.

Na granicy moczu z kwasem tworzą się dosyć często pierścienie zabarwione, wskutek utlenienia barwników moczowych przez kwas azotowy; natężenie i zabarwienie zależy od właściwości i ilości barwnika: tak, mocze z nadmierną zawartością indykanu lub urorozeiny dają barwę fioletową lub czerwonoróżową; w obecności barwników żół-

[1]) O znaczeniu semiotycznem w moczu albumozy i rzeczywistej lub rzekomej albumozuryi znaleźć można w »Semiotyce moczu« St. Serkowskiego, 1904, str. 20.

ciowych powstaje pierścień różnobarwny (odczyn Gmelina). Pierścienie tego rodzaju są przeźroczyste i z łatwością dają się odróżnić od pierścieni białkowych.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie leczenia gruźlicy.

Napisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

β) W (III.) okresie rozpadowym gruźlicy płuc stosowałem powyższe leczenie u 84 chorych (50 m., 34 k.) w ciągu ostatnich 3 lat. U 40 chorych (21 m., 19 k.), t. j. 47,6% można było na pewno wykazać obciążenie gruźlicze ze strony ojca lub matki; u 20 chorych (14 m., 6 k.), t. j. 23,9% wywiady wątpliwe, u 24 chorych (15 m., 9 k.), t. j. 28,6% stanowczo ujemne co do obciążenia dziedzicznego. Wiek poszczególnych chorych objaśnia zestawienie:

Leczono chorych:
od 14—20 lat 10 (2 m., 8 k.),
» 20—30 » 37 (29 » 8 »),
» 30—40 » 19 (9 » 10 »),
» 40—50 » 16 (8 » 8 »),
» 50—60 » 2 (2 » — »).

Czas trwania choroby podawali chorzy na kilka miesięcy lub kilka lat; a według zatrudnienia należało chorych:
do klasy wyrobniczej 37 (25 m., 12 k.),
do stanu rękodzielniczego 16 (13 m., 3 k.),
do stanu duchownego 4 (3 m., 1 k.),
do stanu wieśniaczego 7 (7 k.),
do młodzieży uczącej się 5 (3 m., 2 k.),
do stanu urzędniczego 3 (2 m., 1 k.),
do stanu nauczycielskiego 3 (3 k.),
do stanu służebniczego 4 (2 m., 2 k.),
do stanu kucharskiego 3 (1 m., 2 k.),
do stanu obywatelskiego 1 (1 k.),
ze świata artystycznego (aktor) 1 (1 m.).

Wogóle w tym okresie choroby wykonałem 2,387 wstrzykiwań podskórnych; średnio po 25—30 w pojedynczym przypadku; największa ilość wynosiła 60, a najmniejsza 10.

Wszyscy chorzy okazywali zmiany chorobowe rozpadowe, już daleko posunięte lub bardzo szybko postępujące, przeważnie przy ogólnem wyniszczeniu, rozpływnych potach i wysokiej gorączce. U 64 chorych (38 m., 26 k.) można było stwierdzić rozległe zmiany gruźlicze w płucach i jelitach (*Tuberculosis destructiva pulmonum. Enteritis tuberculosa*). U 11 chorych (8 m., 3 k.) gruźlica krtani (*Laryngitis tbc.*); u 7 chorych (2 m., 5 k.) silny krwotok płucny (*Haemoptoe*); u jednego chorego gruźlica nerek (*Tuberculosis renum*) stanowiły powikłania obok rozległych zmian w przewodzie oddechowym, a poniekąd i pokarmowym. To też i wyniki leczenia nie przedstawiają się tak pomyślnie, jak w poprzedniej grupie przypadków chorobowych. Mimo to w przypadkach nie okazujących dążności do szybkiego i ostrego przebiegu i wysokiej gorączki, — a zwłaszcza przy stanie bezgorączkowym — uzyskano wcale pomyślne wyniki leczenia. U 4 chorych (3 m., 1 k.) stwierdzić można było bardzo znaczne polepszenie, prawie wyzdrowienie; u 31 chorych (18 m., 13 k.) znaczne polepszenie; u 19 chorych (13 m., 6 k.) polepszenie; a natomiast wybitne pogorszenie u 30 chorych (16 m., 14 k.), z zejściem śmiertelnem u 17 chorych (9 m., 8 k.). Zwłaszcza u chorych, cierpiących na zapalenie gruźlicze krtani z owrzodzeniami lub objawy gruźlicy o przebiegu gwałtownym t. z. galopujących suchot, gruźlicy prosówkowej, można było zauważyć zawsze niekorzystne bardzo zaostrzenie się sprawy chorobowej. W jednym przypadku u kleryka w przebiegu leczenia wystąpiło śmiertelne powikłanie z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych (*Meningitis basilaris*); chory ten jednak na rok poprzednio okazywał przypady, wskazujące na ogniskowe zmiany w mózgu. W przypadkach krwotoku wstrzymywano leczenie wstrzykiwaniami na 3—4 tygodni.

Na szczególniejszą uwagę zasługują następujące przypadki:

1) A. S., lat 50, kucharka, dobrze odżywiona; od kilku lat ciągle kaszle i pluje; przebyła 16 krwotoków płucnych, ostatni przed 10 dniami. Przyjęta na oddział 26. IX. 1907 r. Badanie stwierdza rozległe zmiany w płucu lewem, a mianowicie z przodu po stronie lewej klatki piersiowej 4. żebra, a z tyłu do pół łopatki wypuk stłumiony, tamże szmery oddechowe oskrzelowe i rzężenia dźwięczne. Stan bezgorączkowy. Chora otrzymała 50 wstrzyknięć w ciągu 6 miesięcy i zażywała pigułki. Opuściła szpital w stanie bardzo dobrym; rzężenia w płucu lewem ustąpiły i tylko skąpe świsty słyszalne przy głębokim wdechu, a w miejscu przytłumienia utrzymuje się tylko wypuk krótszy, wdech i wydech zaostrzony. Chora prawie nie kaszle i nie odpluwa; sen i apetyt doskonały; przybytek na wadze 1 kg 700 gr. Obecnie chora służy i czuje się zupełnie dobrze.

2) K. B. S., lat 34, misyonarz, dość dobrze odżywiony, dziedzicznie nie obciążony. Chory od 11 lat; kaszle, poci się, od czasu do czasu pluje krwią, gorączkuje i ma dreszcze. Badaniem stwierdzić można w obu górnych częściach płuc objawy rozpadowe. Chory otrzymał 30 wstrzyknięć, a następnie przez 2 lata co tydzień jedno wstrzyknięcie, — tudzież zażywał przez kilka miesięcy pigułki. Stan chorego coraz bardziej się poprawiał, kaszel ustąpił prawie, odpluwanie skąpe. Obecnie chory czuje się bardzo dobrze; w płucach można stwierdzić objawy zagęszczenia; ogólny przybytek na wadze 8 kg. Chory oddaje się zupełnie pracy zawodowej.

3) S. K., lat 46, wyrobnik. Od kilku lat kaszle i krwią pluje. Przed dwoma laty przebył zapalenie płuc; odtąd poty, dreszcze, kaszel silny, gorączka, kłucie w boku lewym. W szczycie płuca prawego wypuk krótszy, szmery oddechowe zbliżone do oskrzelowych, świsty, furczenia, rzężenia dźwięczne. Z przodu po lewej stronie na klatce piersiowej odgłos stłumiony do 4. żebra, z głębi rzężenia dźwięczne; a z tyłu po całej lewej stronie stłumienie, a szmery oddechowe osłabione od grzebienia łopatki ku dołowi, a powyżej w szczycie rzężenia dźwięczne. Ciepłota ciała 38° C; poty rozpływne; kaszel; w plwocinach liczne prątki Kocha. Chory otrzymał 20 wstrzyknięć; po 10 przestał gorączkować, poty ustąpiły, kaszel, jak i odpluwanie mniejsze. Po 20 wstrzyknięciach stan ogólny chorego zupełnie zadowalniający; ciężar ciała zwiększył się o 700 gr; poprawiło się jego wyglądanie; poty, dreszcze, gorączka zupełnie ustąpiły. Apetyt dobry, kaszel nieznaczny. Badanie płuc stwierdza przytłumienie w miejscach poprzedniego stłumienia na klatce piersiowej i nieoznaczone szmery oddechowe prawie bez rzężeń.

4) J. T., lat 24, wyrobnik, od roku chory, obciążony dziedzicznie. Z powodu gruźlicy płuc urlopowany z wojska. Otrzymał 30 wstrzyknięć. Po 35 dniach okazuje przybytek na wadze o 1 kg. Objawy chorobowe, jak poty, dreszcze, gorączka ustąpiły; kaszel i odpluwanie nieznaczne; przy badaniu w miejscach poprzedniego stłumienia na klatce piersiowej można stwierdzić wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone bez rzężeń. Wogóle stan chorego tak się poprawił, iż pozostał on nadal w szpitalu jako posługacz.

5) S. S., lat 32, urzędnik naftowy. Od roku kaszel, poty, czasami dreszcze i gorączka; z tego powodu odbył leczenie klimatyczne na południu. Do szpitala przywieziony dnia 18. IX. 1907 wśród objawów: *Pneumopyothorax d. Infiltratio utriusque apic. pulm. Compressio pulmonis d. Dislocatio cordis. Bronchorrhoe purulenta.* Chory otrzymał 26 wstrzyknięć i zażywał pigułki. Pod koniec trzeciego miesiąca czuje się znacznie lepiej, utracił poty, dreszcze, gorączkę; kaszle lekko, odpluwa znaczną ilość ropy nie cuchnącej, okazuje przybytek na wadze o 3 kg — i opuszcza szpital, udając się na wieś. Po 6 miesiącach za powtórnem przybyciem do szpitala wypuszczono choremu z jamy opłucnej prawej $1_1/_2$ litra płynu surowiczo-ropnego, zawierającego prątki Kocha i zastosowano 10 wstrzyknięć. Chory nie gorączkuje, czuje się wcale dobrze; gdy w czasie pierwszego pobytu w szpitalu z powodu silnej duszności i bolu w boku prawym nie mógł wykonać żadnego ruchu i ani na krok postąpić, to obecnie przechadza się swobodnie i z łatwością się porusza, nie doznając żadnych ubocznych przypadków, kaszel tylko nad ranem większy; odpluwanie skąpe, poty, gorączka, dreszcze nie pojawiają się. Objawy przedmiotowe ograniczają się do przytłumienia po całej prawej stronie klatki piersiowej i osłabionych tamże znacznie szmerów oddechowych.

II. Gruźlica błon surowiczych. Z powodu niej pozostawało w leczeniu 5 m. i 12 k., t. j. 17 chorych, a mianowicie stwierdzono:

u 2 chorych (1 m., 1 k.): Cond. ap. d. Exsud. pl. d
u 1 chorego (1 m.): Indur. ap. sin. Exsud. pl. sin.
u 1 » (1 m.): Haemoptoe. Exs. pl. d.
u 2 chorych (2 k.): Infiltratio apic. Exs. pl. sin.
u 2 » (1 m., 1 k.): Indurat. apicum. Exs. pl. Peritonitis tbc.
u 3 » (3 k.): Infiltratio apic. Peritonitis tbc. Enteritis tbc.
u 2 » (1 m., 1 k.): Induratio ap. Peritonitis tbc.
u 2 » (2 k.): Peritonitis tbc. Tuberculosis tractus genitalis.
u 1 chorej (1 k.): Phthisis pulmonum destruct. Peritonitis tbc.

U 5 kobiet można było wykazać obciążenie gruźlicze, zresztą wywiady co do dziedziczności niepewne. Przypadki gruźlicy błon surowiczych dotyczyły przeważnie osobników młodych, gdyż leczono od:

13—20 lat 7 chorych (7 k.),
20—30 » 7 » (2 m., 5 k.),
30—40 » 2 » (2 k.),
40—49 » 1 chorego (1 m.).

Czas trwania choroby podawali chorzy na kilka tygodni do 2 lat przed rozpoczęciem leczenia; w przeważnej liczbie na pół roku. Według zawodu leczono: księdza, urzędnika, nauczycielkę, 6 uczenic, 2 służące, 2 chorych (1 m., 1 k.) ze stanu rękodzielniczego i 4 chorych (2 m., 2 k.) ze stanu wyrobniczego.

Wstrzykiwania co trzeci dzień wykonywano w przypadkach gruźlicy opłucnej na klatce piersiowej w tkankę podskórną pleców, a w przypadkach gruźlicy jamy otrzewnej w tkankę podskórną powłok brzusznych. Wogóle wykonałem 530 wstrzyknięć; największa ilość w pojedyńczym przypadku dochodziła do 112, najmniejsza do 18, średnio do 30. U 2 kobiet tylko nastąpiło zejście śmiertelne. U 19-letniej dziewczyny R. B., obciążonej dziedzicznie, chorej od lat na: *Infiltratio ap. pulmonum. Peritonitis tbc. Ulc. tbc. intestinorum*, która otrzymała 36 wstrzyknięć, zejście śmiertelne nastąpiło w 4 miesiące po wyjściu ze szpitala. U 16-letniej uczenicy L. Szp., dobrze odżywionej, z rozpoznaniem klinicznem: *Condens. apic. Peritonitis tbc.*, u której po 18 wstrzyknięciach zauważono chwilowo nawet znaczne polepszenie — nastąpiła śmierć w kilka miesięcy wskutek zapalenia gruźliczego opon mózgowych. Natomiast w 5 przypadkach (1 m., 4 k.) stwierdzono znaczne polepszenie, a w 10 przypadkach (4 m., 6 k.) bardzo znaczne polepszenie tak dalece, iż chorzy mogli się oddawać swemu zajęciu. Stan ten korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy i dłużej. Wszyscy chorzy prócz wstrzykiwań zażywali pigułki. Na szczególniejszą uwagę zasługują następujące przypadki, które w krótkości przytaczam:

1) J. B., lat 36. Od lat 3 w leczeniu z powodu *Enteritis tbc. Peritonitis tbc. Infiltratio apicum.* Chory przeniesiony z oddziału chirurgicznego otrzymał 112 wstrzyknięć w ciągu roku. Po 20 wstrzyknięciach nastąpiła tak znaczna poprawa, iż chory sam się domagał wstrzykiwań. Obecnie bole w brzuchu ustąpiły, brzuch miernie wzdęty, a chory od pół roku oddaje się codziennemu zajęciu, spełniając posługi szpitalne.

2) Z. F., lat 26. Od 6 miesięcy bole w brzuchu, rozwolnienie, gorączka, trudność w oddechaniu, ból w boku lewym. Przed 6 tygodniami przebył laparotomią w klinice chirurgicznej, podczas której stwierdzono gruźlicę jamy otrzewnej i jelita ślepego. Badanie 12. VI. 1908 stwierdziło: *Res. post exsud. pleurit. sin. Adhaesiones pleuriticae d. Peritonitis tbc. Enteritis tbc. (Tuberculosis coeci). Cicatrix p. laparatomiam l. a. factam.* Chory bardzo wynędzniały, poci się, gorączkuje, ma silną czkawkę; tętno 120, miękkie, drobne. Po 18 wstrzyknięciach i przy pigułkach stan chorego w ciągu 45 dni znacznie się poprawia; gorączka się ogranicza do krótkotrwałego podniesienia się pod wieczór na 37,9° C. Chory czuje się silniejszym, może kilka kroków postąpić i zaznacza, iż stanowczo po każdem wstrzyknięciu czuje się lepiej. (Ostatnie wstrzykiwania na jego żądanie wykonywano co drugi dzień). Bole brzucha się zmniejszyły; czkawka rzadsza; tętno 90. Stolec następuje zapomocą lewatyw wśród nieznacznych bolów. Ze znaczną poprawą opuszcza szpital na 4 tygodnie.

3) J. P., lat 15, uczenica. Od lat 3 bole w brzuchu, wzdęcie, zaparcie stolca, stan podgorączkowy od czasu do czasu. Otrzymała w ciągu roku 40 wstrzyknięć. Gorączka ustąpiła, wyglądanie i siły znacznie lepsze; bole znacznie mniejsze, również i obwód brzucha zmalał; chora może odbywać obecnie przechadzki krótkie.

4) J. E., lat 16, uczenica, obciążona dziedzicznie. Od kilku lat chora na płuca i na kilka zawodów leczyła się klimatycznie. Przed kilku tygodniami przebyła zapalenie opłucnej. Badana w d. 1. V. 1906 okazywała: *Infiltratio apic. praecipue pulm. sin. Res. exsud. pl. sin. Peritonitis tbc.* Otrzymała 30 wstrzyknięć i zażywała pigułki. Stan jej znacznie się polepszył; przybytek na wadze 2 kg. Chora wyjechała na Kaukaz — i dotąd t. j. przez dwa lata czuje się zupełnie dobrze.

5) M. K., lat 28, żona wyrobnika. Od 6 miesięcy kaszel, poty, dreszcze, rozwolnienie, ból w brzuchu; przeniesiona w d. 7. VI. 1907 z oddziału położniczego na oddział I. B. po porodzie z rozpoznaniem: *Peritonitis tbc. Cond. apic.* Chora prócz pigułek otrzymała 20 wstrzyknięć i opuszcza szpital w stanie dobrym. Brzuch zmalał, poty i dreszcze ustąpiły; przybytek na wadze wynosił 1 kg 100 gr.

6) R. N., lat 23, służąca. Od roku chora. Rozpoznanie kliniczne: *Infiltratio apic. pulm. Peritonitis tbc.* Chora po 20 wstrzyknięciach w ciągu 2 miesięcy dokonanych, opuszcza szpital w stanie zadawalniającym.

7) A. P., lat 25, wyrobnica; przyjęta na oddział 13. I. 1906 z rozpoznaniem: *Peritonitis tbc. exs. Cond. ap. d. Tuberculosis tractus genitalis. P. laporatomiam.* Przed 3 miesiącami operowana w klinice położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. Od 3 tygodni wysoka gorączka, dreszcze, poty, wymioty, ból brzucha. Badanie stwierdziło: W szczycie prawym wypuk krótszy, szmery oddechowe zaostrzone, furczenia. Brzuch wzdęty, bolesny. Na powłokach brzusznych wzdłuż linii białej od pępka ku spojeniu łonowemu blizna po laparotomii. W dolnej części jamy brzusznej czuć przez powłoki brzuszne guz bolesny o powierzchni gładkiej, który sięga do pępka i przechodzi ku prawej okolicy lędźwiowej. Silne bole w brzuchu, czkawka, wymioty, ciepłota ciała 40° C., tętno nikłe. Chora oprócz zażywania pigułek otrzymała 29 wstrzyknięć w ciągu 100 dni pobytu szpitalnego. Po 7. wstrzyknięciu zmniejszyły się bole, dreszcze, brzuch mniej wzdęty, tętno 80,

wcale dobrze napięte, gorączka 38° C. Chora czuje się lepiej. Po 14. wstrzyknięciu, gorączka, poty i dreszcze zupełnie ustały. Chora opuściła szpital w stanie dobrym; brzuch niebolesny, miernie wysklepiony; przez powłoki brzuszne można było wyczuć pętle jelit pozrastane; brak wolnego płynu w jamie brzusznej. Po 2 latach chora ma się dobrze i oddaje się pracy, jako służąca.

III. Gruźlica gruczołów. W 2 przypadkach: u dziewczynki 14-letniej S. M., obciążonej dziedzicznie z rozpoznaniem: *Infiltratio apic. d. Haemophthysis. Lymphadenitis colli et axillae d.* — i u dziewczynki 15-letniej z rozpoznaniem: *Cond. ap. Lymphomata colli* stosowano z bardzo dobrym wynikiem powyższe wstrzykiwania w okolice gruczołów zajętych lub też w tkankę gruczołową obok podawania wewnątrz pigułek. Prócz tego zalecano okłady z octanu glinowego na powiększone gruczoły. W obu przypadkach choroba trwała niespełna rok. W pierwszym przypadku wykonano 55 wstrzyknięć podskórnych, a w drugim 30. Chore znosiły ten zabieg bardzo dobrze; gruczoły zmniejszyły się bardzo (niekiedy miejscowe zropienie); gorączka i zmiany w płucach ustąpiły; ciężar ciała powiększył się o 2 kg w ciągu 70 w przypadku pierwszym, a w drugim o 7 kg w ciągu 73 dni pobytu szpitalnego.

IV. Gruźlicę kości i stawów leczono w 9 przypadkach (1 m., 8 k.). U 2 kobiet można było wykazać przypadki gruźlicy w rodzinie; zresztą wywiady ujemne co do obciążenia gruźliczego dziedzicznego. Wiek chorych leczonych wynosił: 13 lat (1 k.), 20 lat (1 k.), 22 lat (2 k.), 29 lat (1 k.), 36 lat (1 k.), 60 lat (1 m., 1 k.); czas trwania choroby od kilku miesięcy do kilku lat. Wogóle wykonano w przebiegu gruźlicy kości i stawów 371 wstrzyknięć, przyczem największa ilość wynosiła 73, a najmniejsza 18. Wstrzykiwania wykonywano podskórnie w okolice stawu, zajętego sprawą gruźliczą. W razie przetok stosowano ssawki Klapp-Biera na przetokę codziennie na 20 minut celem odprowadzenia treści ropiastej i pobudzenia otrętwiałych tkanin ziarninowych do żywszego gojenia. Równocześnie stosowano i okłady z octanu glinowego na schorzałe stawy. Czas leczenia trwał 4—6 miesięcy. Ze względu na poszczególne przypadki usadowienia się sprawy gruźliczej w stawach i kościach rzecz przedstawiała się następująco:

U 2 k.	stwierdzono:	Apicitis d. Coxitis d.,
u 1 k.	»	Apicitis, arthritis fungosa cubiti,
u 1 k.	»	Indur. apic. multiplex. (Spondylitis. Gonitis s.).
u 1 m.	»	Spondylitis lumb. Psoitis sin.
u 4 k.	»	Gonitis fungosa.
u 1 k.	»	Tuberculosis multiplex. oss. (Pedis s. et manus d.).

W jednym przypadku u żebraka 60-letniego dotkniętego: *Indur. apic. Spondylitis lumbalis. Psoitis sin.* wykonano tylko 18 wstrzyknięć i z powodu wybitnego pogorszenia zaprzestano ich nadal stosować. W jednym przypadku u kobiety 29-letniej, okazującej *Induratio apic. Gonitis fungosa sin.* pomimo 65 wstrzyknięć, wykonanych w ciągu 5 miesięcy i pozornego polepszenia, nastąpiło zejście śmiertelne w 3 miesiące po opuszczeniu szpitala. Natomiast w 4 przypadkach nastąpiło znaczne, a w 3 przypadkach bardzo znaczne polepszenie tak dalece, iż chore mogły się oddawać zajęciu codziennemu. Polepszenie to utrzymywało się przez czas dłuższy. Stawy przez cały czas leczenia nie były opatrunkami unieruchomione; chorym polecono tylko leżenie w łóżku. Do leczenia powyższą metodą nadają się przypadki początkujących zmian gruźliczych w stawach.

Rozpatrując się bliżej w przytoczonych przypadkach nie da się zaprzeczyć, iż przy zastosowaniu powyższej metody leczniczej osiągnęliśmy bardzo zadowalniające i do dalszych prób zachęcające wyniki lecznicze u chorych, dotkniętych gruźlicą płuc w I. i II. okresie choroby, a nawet i przy rozpadowych zmianach miąższu płucnego, zwłaszcza, jeśli wówczas chorzy nie byli skłonni do wysokiej trawiącej gorączki, jak i do szybkiego t. z. galopującego przebiegu. W razie krwotoku płucnego wskazaną jest przerwa od 2—3 tygodni; toż samo w razie słabości miesięcznej przez czas krwawienia. Również i początkowe zmiany gruźlicze w kościach i stawach, jak i zmiany gruźlicze w gruczołach, na błonach surowiczych opłucnych i otrzewnej nadają się do tego sposobu leczenia; natomiast gruźlica opon mózgowych, krtani, tudzież rozległe wrzody jelitowe stanowią przeciwwskazanie. Pod wpływem podawania wewnętrznego chorym pigułek powyższych przez dłuższy czas (2—3 miesięcy) i stosowania równocześnie co czwarty dzień wstrzykiwań podskórnych w ilości 2 gm płynu naprzemian w Nr I. i Nr II. ustępywały zmiany fizyczne, jako też poty, dreszcze, gorączka; kaszel i odpluwanie były mniejsze. Chorzy odzyskiwali siły, okazywali przybytek na wadze i wogóle większą odporność przeciw rozwojowi gruźlicy.

Skład krwi ulegał zmianie, gdyż można było zauważyć zwiększenie się znaczne ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny, tudzież leukocytozę wielojądrzastą neutrofilną Nigdy nie wystąpiło powikłanie ze strony nerek, jak białkomocz, pomimo, iż ilość wstrzykiwań dochodziła i do 112 w jednym przypadku. Taki stan korzystny utrzymywał się przez kilka miesięcy; następnie trzeba było powtarzać leczenie kilkakrotnie co pewien okres czasu (3 miesiące), ograniczając zażywanie pigułek i stosowanie wstrzykiwań już tylko do czterech tygodni. Uwzględniając niezbyt korzystne warunki, jak pobyt w szpitalu i odżywianie szpitalne należy się spodziewać jeszcze lepszych i trwalszych wyników, skoro leczenie to znajdzie zastosowanie przez dłuższy czas i wśród sprzyjających higienicznych i klimatycznych warunków.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nerking i Schürmann. **Uśpienie śródżylne.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 46). Już dawno podejmuje się w chirurgii usiłowania, by uśpienie przez wdychiwanie, zastąpić innem, a to głównie z powodu częstych powikłań płucnych. Najodpowiedniejszą, bo najprędszą, byłaby droga śródżylna. N. i S. po próbach na zwierzętach doszli do przekonania, że uśpienie śródżylne uzyskać można szybko i pewnie przy wstrzykiwaniu uretanu z wodnikiem chloralu. Uretan rozkłada się we krwi na mocznik i grupę etylową, która właśnie działa usypiająco. Doświadczenia na królikach dowiodły, że przy użyciu 3—8 cm^3 20% roczynu uretanu + 1—4 cm^3 roczynu wodnika chloralu 5: 10 uzyskać można uśpienie spokojne, do 50 minut trwające. Wy-

stępuje ono bardzo szybko, bo nieraz już wśród wstrzykiwania, które powinno być wykonywane bardzo powoli, by serce przyzwyczaić. Uśpienie to nie wywołuje żadnych zmian w składzie krwi, ani wybitniejszych zmian w przemianie materyi, a jedynie zwiększa się tylko chwilowo ilość moczu i wydzielanie azotu w moczu i kale; podobnie zwiększa się wydzielanie chlorków przez pierwsze 4 dni po uśpieniu. *K.*

Verth. **O uśpieniu przy sztucznie zmniejszonem krążeniu.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). V. (z kliniki Biera w Berlinie) podnosi dobre strony uśpienia przy sztucznie zmniejszonem krążeniu. Zużywa się przez to znacznie mniej chloroformu, a nawet sposobem kroplowym udaje się i najsilniejszych mężczyzn uśpić i utrzymać nadal w uśpieniu. Podwiązanie kończyn niema żadnego złego wpływu, należy tylko zatrzymywać w kończynach tę krew, która prawidłowo krąży. Często w 5—10 minut po podwiązaniu kończyn zjawiają się poty. Z uśpienia budzą się operowani nadzwyczaj prędko, bo bezwodnik kwasu węglowego, zawarty w zastoinowej krwi kończyn, drażni ośrodek oddechowy. W klinice Biera w toku są próby, czy przez zmniejszenie krążenia nie uda się również może zmniejszyć dawki skopolaminy przy zamroczeniu. *K.*

Barlach. **Wąglik i jego leczenie.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 44). W leczeniu wąglika istnieją dwa zupełnie różne zapatrywania. Jedni radzą postępować w każdym przypadku zachowawczo, twierdząc, że operacye doszczętne nietylko nie wstrzymują postępu choroby, nietylko nie pomagają, ale owszem wprost szkodzą, ułatwiając dalsze zakażenie, a nawet przejście zarazków do krwi. Z tego też powodu zwolennicy postępowania zachowawczego polecają spokój i leżenie w łóżku, okłady i spokojne ułożenie lub zawieszenie chorej części ciała, a wewnętrznie wyskok. Przeciwnicy ich znowu oświadczają się za jak najdoszczętniejszem postępowaniem. Robią więc wcześnie głębokie nacięcia, wycinają krostę wąglikową, lub też wypalają ją żegadłem Paquelina. B. miał sposobność spostrzegać wielką liczbę przypadków wąglika, albowiem w mieście, gdzie mieszka, bardzo rozwinął się przemysł garbarski. Próbował obu sposobów leczenia i przekonał się, że zachowawcze leczenie oddaje bardzo dobre usługi, ale nie można go stosować zawsze i wszędzie. Leczenie doszczętne daje wyniki dobre, ale gojenie przedłuża się przez to znacznie. Wobec tego wybrał B. drogę pośrednią. Każdego chorego kładzie zaraz do łóżka i po odczyszczeniu krosty kładzie na nią okład kwaśny lub sublimatowy. Leczenie to wystarcza do wyleczenia przypadków o lekkim przebiegu. Gdy zaś sprawa jest poważniejszą, krosta ma twardą podstawę, obrzęk okoliczny jest duży, wtedy celem usunięcia napięcia przecina B. krostę na krzyż i okrąża krostę żegadłem Paquelina. Bardzo dobre usługi oddały B. też wstrzykiwania nalewki jodowej (½—1 cm) na granicy części zdrowej i chorej. Sposób ten wystarcza zawsze i nigdy nie należy się uciekać do doszczętniejszych zabiegów; chorzy przychodzą prędko do zdrowia. *K.*

Frangenheim. **Działanie zastoiny (opaską) w doświadczeniu na zwierzętach.** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 87, Z. II.). Doświadczenia F., polegające na stosowaniu zastoiny przy sztucznie wywołanych zakażeniach na kończynach przemawiają za tem, że zastoina zupełnie nie wstrzymuje rozwoju sprawy zakaźnej, przeciwnie ropienie i nacieki po stronie leczonej zastoiną są zwykle znacznie większe, niż po stronie nie leczonej. Przy zapaleniu szpiku kostnego tworzą się pod wpływem zastoiny znacznie większe martwaki, przy ropnem zaś zapaleniu stawów często ropa ze stawu pod wpływem zastoiny przebija do części miękkich. Wogóle F. nie zauważył wcale korzystnego działania zastoiny, przeciwnie zawsze tylko pogorszenie. *K.*

Schönwerth. **O powikłanych złamaniach czaszki.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 45). Przy złamaniach czaszki występuje utrata przytomności zaledwo w połowie przypadków i często trwa ½—¾ godziny. Złamanie w okolicy czołowej może nawet na razie nie wywołać żadnych ważniejszych objawów. Najczęściej towarzyszy złamaniu zwolnienie tętna, natomiast wymioty występują rzadko. Przy złamaniu czaszki powinno się zawsze dokładnie ranę rozszerzyć i obejrzeć stan kości; tego zabiegu nigdy się potem nie żałuje. Ewentualne ubytki następowe w kości, o ile nie są bardzo małe, należy zawsze pokrywać plastycznie. Wstrzykiwań parafiny S. nie doradza, albowiem parafina rozchodzi się w bliźnie, a raczej pod nią nierównomiernie, często zbija się w kulę i uciskać może potem na mózg. *K.*

Federschmidt. **Przyczynek do kazuistyki złamań kręgów szyjnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 46). F. spostrzegał przypadek złamania 6. kręgu szyjnego. Chory w pewien czas potem zmarł; sekcya potwierdziła rozpoznanie. Zaraz po wypadku stracił chory przytomność; odzyskał ją po kilku minutach i wtedy skarżył się na silne bole w karku i prosił, by mu głowę ciągle podtrzymywano. Badanie stwierdziło tarcie (krepitacyę) w okolicy 5—6 kręgu szyjnego, utratę czucia aż po brodawki sutkowe, porażenie kończyn dolnych zupełne, a górnych częściowe (tylko mm. prostujących), porażenie pęcherza moczowego, znaczne zwolnienie czynności serca (t. 46). W przebiegu dalszym zjawiła się bardzo szybko wysoka ciepłota i odleżyny. Brzuch ciągle był bardzo wzdęty; sekcya stwierdziła, że żadnego zranienia w jamie brzusznej nie było. *K.*

Harras. **W sprawie zapobiegania gruźlicy płuc.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 45). Dotychczasowe nasze zabiegi celem zapobiegania rozwojowi gruźlicy płuc skupiały się około dwóch punktów, a mianowicie wzmacniania i hartowania zagrożonego ustroju, a z drugiej strony około walki z prątkiem gruźliczym. Wiemy z doświadczenia, że osobnik zupełnie zdrowy nie tak łatwo ulega zakażeniu gruźlicą, a potrzeba do tego albo tak zwanego usposobienia dziedzicznego, albo też wyniszczenia inną chorobą, n. p. cukrzycą i t. p. Usposobienie do gruźlicy cechuje przedewszystkiem szczególna budowa klatki piersiowej, wywołująca podług teoryi Freunda zwężenie górnego otworu klatki piersiowej i ucisk szczytów płuc, a przez to ułatwiająca zakażanie się szczytów gruźlicą. Wywołująca tę zmianę budowy klatki piersiowej krótkość chrząstki pierwszego żebra występuje w całej pełni dopiero w wieku pokwitania wtedy, gdy w chrząstce tej zaczynają się zjawiać zmiany anatomiczne w postaci kostnienia i unieruchomienia. Zapobiegać temu można przez zabieg, polegający na przecięciu chrząstki i sztucznem stworzeniu stawu w żebrze. Dotyczasowe wyniki tej operacyi z powodu małego jeszcze doświadczenia nie pozwalają na żadne wnioski, gdyż wogóle liczba przypadków, nadających się do operacyi Freunda jest bardzo niewielka. Doświadczenia i badania autora i Harta stwierdziły, że krótkość chrząstki i wczesne jej kostnienie są rzadko zmianami pierwotnemi, lecz prawie zawsze następstwem skrzywienia kręgosłupa w górnej części piersiowej. Wiemy z doświadczenia klinicznego, jak często towarzyszy skrzywieniu kręgosłupa gruźlica płuc. Przy skrzywieniach kręgosłupa spotyka się zwykle jednostronne zmiany chrząstki i przedwczesne skostnienie. Te zmiany chrząstki nie nadają się jednak do leczenia operacyjnego, bo są wtórne, zależą od innych pierwotnych czynników. Tutaj natomiast wdzięczne pole działania otwiera się dla ortopedy, który lecząc skrzywienie kręgosłupa, ochrania zarazem dotkniętego skrzywieniem osobnika od przyszłego zakażenia gruźlicą. Leczenie ortopedyczne potrafi zmienić kształt wątłej klatki piersiowej, a nawet przywrócić kształt prawidłowy. Przyszłem zadaniem lekarzy szkolnych będzie też bezwątpienia zwracanie wczesnej i bacznej uwagi na kształt klatki piersiowej dzieci i wczesne zaradzanie złemu, nim zmiany się ustalą. Przy ćwiczeniach klatki piersiowej wielkie usługi oddaje obecnie maska Kuhna i coraz częściej ogłaszane są wiadomości o wyleczeniach płaskiej klatki piersiowej pod wpływem leczenia maską. Także leczenie krzywicy odgrywa ważną rolę w zapobieganiu gruźlicy, zwłaszcza z tego powodu, że w następstwie krzywicy występuje często skrzywienie kręgosłupa. *K.*

Dermatologia.

Leszczyński. **Nowe rozczynniki do zawiesin rtęciowych.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. XCII). Autor, wstrzykując jodypinę podskórnie, zauważył, że 10 cm wstrzyknięte w przeciągu kilku godzin uległo wessaniu bez żadnych bolów i nacieków, z drugiej zaś strony parafina, użyta do protezy nosa, latami leżała niezmieniona pod skórą. To dało autorowi powód do starań, by zastąpić parafinę, jako ciało zupełnie obce dla ustroju, jakiemś innem, zdolnem do wessania. Ponieważ w jodypinie rozczynnikiem jest olejek łogowy (*ol. sesami*), przeto postanowił L. użyć go do wstrzykiwań śródmiąższowych jako rozczynnika dla salicylanu rtęci. Po wstrzyknięciu bardzo rzadko zauważał L. nacieki, a nie zauważał prawie nigdy bolesności. Dla tych własności olejku łogowego postanowił autor użyć go jako rozczynnika do oleju szarego, który dotychczas sporządzano według rozmaitych przepisów. Wspólnie z chemikiem Drem Wewiórskim powiodło się jako najlepszy wypróbować skład następujący: *Ol. palmae 46·94. Ol. sesami 45·41. Hydrarg. 10,0.* W jednym centymetrze zawiesiny jest rtęci metalicznej 0·1. — Zalety oleju szarego tego składu są następujące: 1) Łatwa wessalność. 2) Dokładne roztarcie rtęci na drobne cząsteczki. 3) Spoistość wygodna: w ciepłocie pokojowej stała, a w ciepłocie ręki płynna masa, nie pozwalająca na szybkie opadanie cząsteczek rtęci. W połączeniu z rtęcią tłuszcze w tym przepisie

nie jełczeją. Wstrzyknięcie odbywa się w pośladki bez żadnych następowych bolów, co 5—6 dni ½ strzykawki Prawatza.

Dr Poliwka.

Jenssen. **Przyczynek do leczenia dymienic pachwinowych.** (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. XCII). Szerokie nacięcia dymienic starano się zastąpić bardzo małemi nakłuciami i przepłukaniem płynami przeciwgnilnymi, jak 0·6% rozczyn kwasu salicylowego, 5% kwasu karbolowego, ½%—1% azotanu srebrowego. — Autor postępował następująco: Nożykiem obosiecznym robił otwór 3—4 mm długi, przez który wygniatał ropę, a następnie przepłukiwał rozczynem (5%) kwasu karbolowego dopóty, dopóki płyn nie wypływał zupełnie czysty. W przypadkach bardzo wielkiej wrażliwości chorego posługiwał się J. »uśpieniem poddawczem« (sugestyą), każąc choremu silnie ściskać zębami kawałek miękkiego drzewa, zmoczonego w chloroformie. Po przepłukaniu i wyciśnięciu dymienic wstrzykiwał J. w ranę 10% rozczyn glicerynowy jodoformu, następnie zakładał opatrunek uciskowy. Opatrunek codziennie zmieniano, brzegi rany otwierano zgłębnikiem tępym. Chorzy w pierwszym dniu zwykle gorączkowali nawet po podaniu chininy, mimo to zachowywali się bardzo swobodnie; po wyleczeniu pozostawała mała blizna. Przypadków leczonych tą metodą było 195, z tego 128 zostało wyleczonych w 12 dniach, 27 przypadków w 32 dniach, licząc średnio. W 40 przypadkach nie można było osiągnąć wyleczenia. Za przyczynę tego uważa autor z jednej strony opadanie nacieku ropnego do worka mosznowego, uda, z drugiej strony bardzo wielką jadowitość zarazka, wywołującego obumarcie gruczołu, z którego można było wycisnąć codziennie strzępy tkanki obumarłej. W tych przypadkach robiono nacięcie, po którem do wyleczenia upływało średnio jeszcze 51 dni. *Dr Poliwka.*

Napp. **Leczenie kiły chininą.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 21). Zachęcony wynikami Lenzmanna, zaczął autor używać w swej praktyce chininy do leczenia kiły, jednak nie w postaci *chininum nucleinicum*, podanej przez Lenzmanna, lecz (również przez L. pomocniczo stosowanych) wstrzykiwań śródżylnych chlorku chininy (codziennie 0,5) w rozczynie 10%. Stosując to leczenie u 22 chorych, przeważnie w drugim okresie kiły, uzyskał N. u 18 chorych wyniki zupełnie zadowalniające i nie różniące się od wyników leczenia rtęcią; tylko w 4 przypadkach chinina zawiodła, a leczenie wstrzykiwaniami salicylanu rtęci usunęło zmiany kiłowe. N. uważa na podstawie dotychczasowych doświadczeń chininę za cenny nabytek w leczeniu kiły. Niewygodnem jest wykrystalizowywanie chininy z rozczynu przy ciepłocie pokojowej. *Dr Skórczewski.*

Hintz. **O leczeniu jodem i arsenem; kliniczne spostrzeżenia nad arsojodyną.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 29). Często w leczeniu kiły zachodzi potrzeba równoczesnego podawania jodu i arsenu. Dotąd posługiwano się w tym celu rozczynem Fowlera lub pigułkami azyatyckiemi, które podawano obok przetworów jodu. W najnowszych czasach wprowadzono w użycie pod nazwą arsojodyny pigułki, zawierające dwie krople rozczynu Fowlera i 0·12 jodku sodu. Autor podawał ten środek od trzech aż do trzydziestu pigułek dziennie i nie zauważył nawet przy najwyższych dawkach nigdy objawów zatrucia. U wielu chorych w czasie używania tego środka stwierdzono znaczny przybytek na wadze, bo do 8 klgr w ciągu miesięcznego leczenia. Jako zalety tego środka podnosi autor łatwe znoszenie przez chorych tak małych, jak i najwyższych dawek, jakoteż brak objawów ubocznego działania jodu i arsenu. *Stopczański.*

Porosz. **Przyczyny obrzęku prącia przy ostrym wiewiórze.** (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis,* 1908, T. XCII, Z. 2). Obrzęk napletka, względnie skóry prącia, nierzadko towarzyszy ostremu wiewiórowi. Równocześnie występuje także obrzęk błony śluzowej, szczególnie w ujściu cewki, tworząc wargowate wypuklenie ujścia. Autor oprócz przypadków tego rodzaju miał sposobność spostrzegać w okolicy wędzidełka guzkową zmianę zapalną, bolesną przy ucisku, wielkości ziarna grochu, powstałą w trzy dni po ostatniem spółkowaniu. Treść, wyciśnięta z tego guzka, zawierała obficie dwoinki, natomiast nie było wówczas żadnych objawów ze strony cewki moczowej i dopiero w tydzień później wystąpiła wydzielina z cewki moczowej. Po przejściu ostrego wiewióra mógł autor stwierdzić, że w cewce moczowej znajduje się otwór, który z początku był zakryty przez obrzękłą błonę śluzową. W tym przypadku zatem obrzęk w okolicy wędzidełka był objawem wiewiórowego zapalenia przewodu okołocewkowego, z którego następnie uległa zakażeniu cewka moczowa. *Stopczański.*

E. Galewsky. **Zawęźlanie się włosów** (*trichonodosis*). (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. 91, Z. 2 i 3). Kren, badając włosy systematycznie u wszystkich chorych klinicznych, doszedł do przekonania, że zmiany te można znaleść u bardzo wielu ludzi, zwłaszcza u pielęgnujących gorliwie swe włosy. Węzełki występowały przeważnie na środku i końcu włosa, na którym można było stwierdzić nadmierną kruchość i łamliwość. Węzełki, badane drobnowidowo, okazywały spłaszczenie na przekroju, ubytki w osłonce włosa, pęknięcia i rozwłóknienie istoty korowej. Jako przyczynę podaje K. częste odtłuszczanie włosa, przypiekanie go w łączności z czynnikami mechanicznymi. Autor, badając tę sprawę na licznym materyale ze swej praktyki prywatnej, zgadza się na wywody Krena, ale tylko w większości przypadków. Według niego zdarzają się bowiem przypadki, w których tłómaczenie Krena nie wystarcza. I tak miał sam sposobność leczyć chorego, u którego zmiany te wystąpiły na włosach kończyn i wzgórka łonowego, a wywiady nie mogły stwierdzić czynników etyologicznych Krena; z drugiej strony spostrzegał G. ludzi, którzy czesaniem, trefieniem uszkadzali swe włosy, a mimo to nie można było u nich stwierdzić ani jednego węzełka. Według G. konieczna tu jest pewna skłonność, która w niektórych przypadkach może się nawet dziedziczyć. Jako środki lecznicze zaleca G. maść chininową i brylantynę. *Dr Poliwka.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

(Wydział matematyczno-przyrodniczy).

Posiedzenie d. 9 listopada 1908.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Stefana Kopcia p. t. **Badania doświadczalne nad rozwojem cech płciowych u motyli** (wykonaną w pracowni zoologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Garbowskiego). Doświadczenia Oudemansa i i. nad kastracyą motyli okazały, że, w przeciwieństwie do powszechnie znanych skutków kastracyi u zwierząt kręgowych, gdzie powstrzymuje ona rozwój cech płciowych wtórnych, rozwój różnic płciowych u dojrzałych owadów nie doznaje zmiany nawet i wówczas, gdy dokonano operacyi na wczesnych stadyach przeobrażenia. Powstaje tedy pytanie, co może być powodem tak rozmaitego zachowania się pod tym względem kręgowców i zwierząt niższych. Praca autora stanowi przyczynek do rozwiązania tego problemu, mającego zasadniczą doniosłość biologiczną. — Do doświadczeń swych wybrał autor gąsienice i poczwarki kilku krajowych prządkówek. Sprawdziwszy na obszernym materyale, że sama kastracya żadnych widzialnych skutków nie wywiera, starał się wykazać stopień niezależności w rozwoju poszczególnych cech i części składowych motyla tą drogą, iż w młode stadya wprowadzał krew lub plazmę gruczołów rozrodczych z okazów drugiej płci tego samego lub innego gatunku, albo też wszczepiał w kastrowane okazy zawiązki całych obcych gonad. Doświadczenia te, dokonane zapomocą stosownych metod, dowiodły, że i wówczas wygląd operowanych okazów bynajmniej się nie zmienia. I zawiązki gonad również rozwijają się w obcym ustroju w sposób typowy. Z drugiej strony istnieją pewne korrelacye gonad z otoczeniem, co wskazują wykryte przez autora zjawiska odradzania się, przerostu lub niedokształcenia wszczepionych gruczołów. Wobec tego uważa autor za przyczynę niezależności cech płciowych motyli od nadmienionych transfuzyi i przeszczepiań tę okoliczność, że stadya dojrzałe owych owadów powstają z t. zw. tarczek zarodkowych, rozwijających się w ciele gąsienicy i poczwarki jakoby na odżywczem, ale organicznie obcem podłożu. — Dalsza serya podobnych doświadczeń, zamierzonych przez autora na owadach o przeobrażeniu niezupełnem, zdoła dopiero bezpośrednio udowodnić przypuszczalną słuszność tej hypotezy.

2) Czł. Marchlewski przedstawia pracę pp. G. G. Wilenki i Z. Motylewskiego p. t. **O działaniu sodu na cholesterynę w wyskoku amylowym** (wykonaną w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Bądzyńskiego). Przeprowadzając działanie sodu na cholesterynę w sposób podany przez Dielsa i Abderhaldena oraz Neuberga, autorowie otrzymali (oprócz ciała, które topiło się w temp. 115—125° C. i okazywało także w innych względach zupełne podobieństwo do związku, opisanego przez wyżej wymienionych uczonych pod nazwą α-cholesterolu, względnie dwuhydrocholesteryny) jako produkty odczynu dwa nieznane dotychczas związki

cholesterynowe; mianowicie związek, który krystalizował w igły i topił się w temp. 86—88° C, oraz inny, który krystalizował w blaszki i topił się w temp. 130°—133° C. Pierwszy z tych związków, *l-koprosteryna*, był bogatszy w wodór od cholesteryny, a ponieważ okazywał równocześnie nadzwyczaj wiele podobieństwa do koprosteryny, od której różnił się prawie tylko tem, iż skręcał płaszczyznę polaryzacyi w lewo, a nie jak koprosteryna w prawo, jest więc prawdopodobnie optycznym izomerem koprosteryny. Drugi związek, będąc optycznie nieczynny, był zresztą tak podobny do cholesteryny, iż autorowie uważają go za izomer cholesteryny i dają mu nazwę *γ-cholesteryny*. Ponieważ rzekomy α-cholesterol Dielsa i Abderhaldena względnie dwuhydrocholesteryna Neuberga, o której ten autor przypuszczał, iż jest identyczna z wykrytą przez Bądzyńskiego koprosteryną, okazała się w badaniu Willstättera izomerem cholesteryny, otrzymanie przeto przez autorów tej pracy związku pierwej wymienionego zbliża nas po raz pierwszy do syntezy koprosteryny.

3) Czł. Cybulski przedstawia pracę p. Witolda Gawińskiego p. t.: **O wydzielaniu kwasów proteinowych w moczu osób zdrowych oraz w przypadkach chorób** (wykonaną w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem Prof. Dra Bądzyńskiego). Wykrycie kwasów proteinowych przez St. Bądzyńskiego i współpracowników jego: Gottlieba, K. Panka i Stef. Dąbrowskiego; okoliczność, że związki te, jak można było wnosić z wydatków przy ich otrzymywaniu, wydzielają się w moczu w ilościach niemałych; ich charakter jako pierwszych przetworów białka w ustroju zwierzęcym i oparte na tem przewidywania, iż w wydzielaniu ich wyrażać się będzie cała ruchomość drobiny żywego białka w komórce zwierzęcej i zdradzać się będą rozmaite wpływy na proces przemiany materyi białkowej, których dotychczasowe badania moczu wykazać nie zdołały, — uczyniły poznanie stosunków ilościowych wydzielania kwasów proteinowych jednem z najpilniejszych zadań nauki o przemianie materyi zwierzęcej.

Za podstawę ilościowych określeń przyjęto w tej pracy całkowitą nierozpuszczalność soli barowych kwasów proteinowych w wyskoku absolutnym. Celem zamiany na sole barowe soli potasowcowych, mocz, zagęszczony w próżni, zaprawiano rozcieńczonym kwasem siarkowym (unikając nadmiaru kwasu) i większą ilością wyskoku. Ciecz wyskokową, odsączoną od strąconych siarkanów potasowcowych, po znacznem rozcieńczeniu wodą, strącano barytą; po usunięciu nadmiaru baryty kwasem węglowym, płyn odparowywano w próżni do gęstości syropu, który następnie dla wydzielenia mocznika wyciągano mieszaniną wyskoku i eteru (2:1). — Ilość syropu, która odpowiadała 100 cm³ pierwotnego moczu, odparowywano na szalce Hofmeistra z piaskiem morskim. Piasek utarty wraz z szalką wyciągano absolutnym wyskokiem w przyrządzie Soxhleta przez 3—5 godzin, poczem wyługowywano ciepłą wodą i po przesączeniu rozcieńczano do 100 cm³. Rozczyn ten, który autor nazywa syropem barowym, nie zawierał ani mocznika, ani kwasu hippurowego, a kreatyniny względnie kreatyny, jak wykazały w tym celu przeprowadzone badania ilościowe, tylko ślady. Ponieważ całą ilość azotu zawartą w tym syropie znaleźć można było w osadzie, strąconym zeń octanem rtęci, azot więc tego syropu należał w całości do kwasów proteinowych. Azot oznaczano w nim metodą Kjeldahla. Oznaczenia azotu w takich syropach barowych wykazały: 1° iż w moczu wydzielonym po mieszanej dyecie azot kwasów proteinowych stanowił 4·5—6·8% całej ilości azotu w moczu, t. j. większy odsetek tego azotu, niż przypada na kwas moczowy z kreatyniną łącznie; 2° iż kwasy te wydzielają się w znacznie, bo prawie o połowę mniejszej ilości po dyecie mlecznej (N: 2·9% całej ilości N); 3° w przypadkach (6) duru brzusznego ilość azotu kwasów proteinowych jest tak dalece zwiększona, że rzadko wynosi mniej niż 7·5%, a dosięga 9—14% całej ilości azotu, zawartego w moczu.

Obok oznaczeń azotu w wymienionych syropach barowych oznaczano także siarkę t. zw. »obojętną« i porównywano jej ilość z zawartością siarki obojętnej, znalezioną w moczu samym. Dosyć blizka zgodność tych dwóch wartości potwierdza dobitnie przewidywania, wyrażone dawniej przez Bądzyńskiego i współpracowników, iż cała albo prawie cała ilość siarki obojętnej należy do kwasów proteinowych, a zarazem stanowi sprawdzian metody, gdyż stwierdza, że cała lub prawie cała ilość kwasów proteinowych zostaje w syropie barowym.

Stosunek zawartości azotu w syropie barowym do zawartości siarki obojętnej N:S., w prawidłowym moczu po dyecie mieszanej lub przeważnie mięsnej jest prawie stały, albowiem wahał się w szczupłych granicach 5—7·29, co pozwala wnosić, iż określeń siarki obojętnej w moczu można będzie prawdopodobnie użyć także za podstawę oznaczeń ilościowych kwasów proteinowych.

(Dwie inne przedstawione prace przekraczają ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Sekretarz zawiadomił, że d. 26/X 1908 odbyło się dziesiąte zwykłe posiedzenie administracyjne **Komisyi bibliograficznej** Wydziału mat.-przyrodniczego, na którem sekretarz Komisyi zdał także sprawę z działalności całego wydawnictwa Katalogu Międzynarodowego Literatury Naukowej. Do października r. 1907 wyszły już wszystkie tomy roku piątego (za rok kalendarzowy 1905). Szybkość i punktualność wychodzenia tomów stale się poprawia. Co się tyczy objętości poszczególnych tomów — co jest pewną miarą rozpowszechnienia rozmaitych nauk — naczelne miejsce zajmuje zoologia, fizyologia, chemia i botanika. W piątym roczniku katalogi tych nauk zajmują od 1900 do 1000 stronic. Podobne rozmieszczenie nauk okazuje również Katalog Literatury Naukowej Polskiej, gdzie również przeważa zawsze fizyologia, chemia i zoologia. Zajmujące są dane o udziale rozmaitych krajów w ruchu naukowym, którego miarą może być liczba tytułów, nadesłanych w ciągu roku do Biura Centralnego. Od 1 marca 1906 do 28 lutego 1907 nadesłano do Katalogu Międzynarodowego tytułów (liczby zaokrąglone w tysiącach): Niemcy 117.000, Wielka Brytania 27.000, Stany Zjednoczone 25.000, Francya 21.000, Rosya 20.000, Austrya 6.000, Włochy 4.200, Holandya 2.100, Szwecya 2.100, Szwajcarya 1.600, Polska 1.400, Dania 900, Japonia 1.100. — Przewodniczącym Komisyi bibliograficznej na r. 1909 obrany został ponownie Prof. Dr Wł. Natanson, sekretarzem na dwulecie 1909—1910 ponownie Prof. Dr L. Bruner.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 11 XI 1908.

Przewodniczy prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 30.

Kolega Rutkowski prostuje protokół z posiedzenia w d. 21 X. o tyle, że w przypadku **wrzodu żołądka** wykonał **wycięcie odźwiernika** (a nie gastrostomię, jak mylnie wydrukowano w protokole; obacz nr. 46 »Przeglądu lek.«).

1) Kol. Kader przedstawia chorego, którego **operował w przypadku rozedmy płuc**. Operacya ta polega na modyfikacyi operacyi Freunda. Z lewej strony wykonał resekcyę chrząstek żeber, a z prawej resekcyę żeber samych. Wynik pooperacyjny był wprost wyśmienity. Jak sam chory podaje, w godzinę po operacyi ustąpiła duszność.

W dyskusyi zabiera głos kol. Blasberg, który zapytuje, w jaki czas po operacyi utrzymywał się jeszcze nieżyt oskrzeli.

Następnie wygłosili odczyty: 2) Kol. Lewkowicz: **O prosówce płonicznej** a 3) kol. Bujwid: **O seroprofilaktyce wodowstrętu** (rzeczy przeznaczone do druku). W dyskusyach zabierali głos kol. Eisenberg, Gertler, Krzyształowicz i Warzycki. Sekretarz *Dr Cetnarski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXI. Posiedzenie naukowe z d. 13 X. 1908.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego prezes prym. Pisek zawiadamia obecnych o śmierci dra Nazarkiewicza w Bozen, który, chociaż zdala żył od kraju, pamiętał o nim, zapisując znaczny majątek Towarzystwu lek. gal. Obecni powstaniem uczcili pamięć zmarłego.

I. Dr Hornowski wygłasza część anatomiczną opracowanego wspólnie z prym. Opolskim odczytu: **O nowej postaci skazy krwotocznej.** Prelegent przedstawia makroskopowe i histologiczne dane z przypadku skazy krwotocznej u mężczyzny 42-letniego. Uderzają tu zmiany w naczyniach drobnych, a więc zgrubienia częściowe mięśniówki, zmiany szkliste, zwyrodnienie tłuszczowe, oraz jej martwica o charakterze zwyrodnienia woskowego Zenkera. Podobne zmiany we wszystkich mięśniach gładkich, a zatem nie mających osłonki. Nadto w naczyniach, głównie przewodu pokarmowego, zmiany w tk. sprężystej. Skaza w danym przypadku wobec ujemnego wyniku badania krwi za życia, śledziony po śmierci, nie jest pochodzenia bakteryjnego. Czynnik przyczynowy wyszedł z przewodu pokarmowego (największe zmiany), pierwotnie działał na włókna spręży-

ste, potem na mięśnie, wiodąc do tworzenia się wybroczyn. Czynnika przyczynowego nie należy wreszcie szukać w układzie nerwowym, ani w nadnerczach (badanie o wyniku ujemnym).

II. Prof. Biernacki: **W sprawie symptomatologii i dyagnostyki skazy moczanowej.** Na podstawie bardzo znacznego materyału, bo około $1^1/_2$ tysiąca przypadków, zauważa prelegent, że typowa podagra, jako choroba napadowa, jest rzadka; u chorych na dnę mamy zazwyczaj przewlekle istniejące bóle w stawach kolanowych, piętach, czy kończynach górnych, a także w palcu dużym stopy, — bole, przy których zasadniczo nie ma zniekształtnienia, właściwego dla zniekształtniającego zapalenia stawów *(artr deformans)*. Prelegent omawia cały szereg innych objawów, zarówno ze strony przewodu pokarmowego, jak układu nerwowego. Ogólną cechą skazy omawianej jest zmienność (kameleonizm) objawów. Tak popularne zwiększenie kwasu moczowego wcale nie jest częste, stalszym natomiast bywa zwiększony ciężar właściwy moczu, oraz liczne szczawiany w osadzie. Szereg objawów bolu ze strony okolicy wątroby, mięśni, serca itd. należy odnieść, jak się B. niejednokrotnie przekonał, do nadzwyczajnej bolesności końców żeber, która może rozpromieniać się na dalsze okolice. Rozpoznawczo ważne jest, że nawet przy zupełnym braku wrażeń bólowych na klatce piersiowej w liniach mostkowych, stwierdza się w punktach, odpowiadających liniom stawów żebrowo-mostkowych, silną bolesność, o której chorzy nic nie wiedzieli. Tę przymostkową bolesność stwierdził B. w 70—75% badanych przypadków. Na objaw ten, zwłaszcza przy braku innych w początku choroby, kładzie B. nacisk. Jestto prawdopodobnie następstwo małej ruchomości tych stawów, która ułatwia wskutek słabej »wentylacyi« odkładanie się w nich soli kwasu moczowego.

Dyskusya: Prof. Panek nie zgadza się z prelegentem, jakoby pojęcie skazy moczanowej nie dało się obecnie utrzymać, względnie, aby ją należało odnieść wyłącznie do dny z jej znamiennymi objawami klinicznymi. Skaza moczanowa istnieje jako taka nawet bez objawów dny, a pod tą nazwą należy rozumieć niedomogę ustroju, polegającą na wadliwem utlenianiu, względnie rozkładzie kwasu moczowego. O niedomodze takiej możemy się przecież przekonać, porównując wydzielanie się kwasu moczowego u dwóch osobników, będących w jednakich warunkach, z których jeden jest chory. Oczywiście, że chcąc jakieś wnioski wysnuwać, trzeba przestrzegać pewnych warunków. Prawidłowa lub nawet zmniejszona ilość kwasu moczowego, spotykana n. p. w moczu chorego w okresach wolnych od napadów, nie będzie świadczyła o sprawności utleniania ustroju w tym kierunku, z drugiej strony wzmożenie wydzielania kwasu moczowego w godzinach porannych u ludzi zdrowych po spożyciu większych ilości pokarmów, bogatych w związki nukleinowe, nie może być brane na karb skazy moczanowej. — Prof. Wiczkowski zauważa, że oznaczanie kwasu moczowego może mieć znaczenie, jeżeli chorego będziemy trzymać na ścisłej dyecie. Prosty sposób przekonania się o wzmożeniu kwasu moczowego, to wydzielenie się go po 3 godzinach. Co do rozpoznania skazy moczanowej, to nie wystarczy jeden objaw, ale trzeba stwierdzić szereg objawów. Prelegent spostrzegał bóle w okolicy żeber, mowca zaś n. p. w okolicy więzadła karkowego; wogóle nie przypisuje temu poważniejszego znaczenia. — Dr Silberstein zwraca uwagę, że tylko zaburzenie stosunku (1:50) mocznika do kwasu moczowego może tu mieć znaczenie. — Prym. Pisek podnosi, że niewątpliwie są przypadki skazy moczanowej, gdzie niema kwasu moczowego, (chemicznie) a także, gdzie kwas moczowy jest wzmożony, a innych objawów brak. W innych przypadkach wynik leczenia wskazuje na tę skazę. Punktom bolesnym nie przypisywałby P. większego znaczenia. — Prym. Opolski spostrzegał owe punkty bolesne żeber; usadowienie jednak musi być rozleglejsze, nietylko na końcu żeber. Mowca zwraca uwagę, że u chorych, gdzie się kombinuje kwas moczowy ze szczawianami i solami wapniowemi, sprawa przebiega gorzej. — Dr Hornowski nie przypisuje również znaczenia ilościowemu oznaczaniu kwasu moczowego. W swoim czasie badał ilościowo mocz chorych, którym podawał mocznik do 6 gr. dziennie i mimo, że chorzy miewali bole stawowe, nie widział wybitnych różnic w ilości azotu, mocznika i kwasu moczowego. — Dr Ziembicki W. nie zgadza się z prof. Wiczkowskim co do wspomnianych 3 godzin, bo wykrystalizowanie się kwasu moczowego jest dowodem, że mocz jest kwaśnym lub kwaśniejszym. — Prof. Biernacki wcale nie odmawia znaczenia rozpoznawczego kwasowi moczowemu, nie przypisuje mu jednak wielkiej wartości. Pojawienie się większe szczawianów ma nieraz dla mowcy przy skazie moczanowej większe znaczenie. Bolesność żeber, jako pierwszy co do czasu objaw, ma, zdaniem mowcy, wartość rozpoznawczą.

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 29. IX. 1908 r.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek izolowanej **niemoty zmysłowej** (*aphasia sensorialis*) pochodzenia korowego. — Chory, 27-letni, od dłuższego czasu cierpiący na wadę serca, nagle przed 10 dniami stracił na kilka chwil przytomność i mowę. Kiedy przyszedł do siebie, przestał rozumieć, co do niego mówiono. Stan do tej pory bez zmiany. Badanie podmiotowe stwierdza szmer skurczowy u końca serca; brak jakichkolwiek objawów porażenia. Stan psychiczny prawidłowy, natomiast następujące zaburzenia mowy. 1) Zupełne zniesienie zdolności rozumienia mowy słyszanej przy zachowaniu słuchu: język polski brzmi dla chorego tak, jak język obcy, niezrozumiały. 2) Zupełne zniesienie zdolności powtarzania wyrazów słyszanych. 3) Zupełne zniesienie zdolności pisania pod dyktandem. 4) Zachowanie, aczkolwiek wskutek przestawiania sylab (*paraphasia*) uszkodzonej, zdolności mówienia dowolnego. 5) Zachowanie zupełne zdolności czytania druku i pisma bez możności rozumienia czytanego z zachowaniem zdolności rozumienia i odtwarzania cyfr i rysunków. 6) Zachowanie, wskutek przestawienia sylab (*paraphasia*) w znacznym stopniu uszkodzonej zdolności pisma dowolnego przy zupełnie zachowanej zdolności kopiowania. Na podanym schemacie rozpatruje i objaśnia mówca powyżej przytoczone zaburzenia mowy, a jako ich podkład anatomiczny przyjmuje rozmiękłnienie pierwszego lewego zakrętu skroniowego wskutek przypuszczalnego zatkania czwartej gałązki lewej tętnicy Sylwiusza.

2) Kijewski Franciszek wypowiedział rzecz p. t. **Obecny stan chirurgii płuc.** Prelegent z całego szeregu zabiegów w tej dziedzinie mówi jedynie o operacyach na samych płucach. Wszystkie operacye na płucach wymagają utorowania drogi przez otwarcie klatki piersiowej, co wobec braku zrostów stanowić może poważne niebezpieczeństwo. Prelegent wylicza wszystkie znane sposoby unikania lub ograniczania wpływu odmy piersiowej, szczegółowo rozpatruje stosowanie kamer o zwiększonem ciśnieniu według typu Brauera, oraz o zmniejszonem, według wskazówek Sauerbrucha. Stosowanie zmienionego ciśnienia pozwala na swobodne wykonywanie operacyi na płucach i nie naraża chorego na zgubne skutki chirurgicznej odmy piersiowej. — Z kolei rozpatruje prelegent oddzielne zabiegi na płucach: szew, tamponada, przyszycie płuc (*pneumopexia*), przy ranach ciętych, kłutych i postrzałowych, technikę operacyi, wskazania do tych zabiegów i wyniki przy poszczególnych uszkodzeniach. Następnie omawia pneumotomię: szczegóły wykonania samego zabiegu, rodzaj uśpienia lub znieczulenia. Wskazaniami do pneumotomii są: ropnie, zgorzel, jamy oskrzelowe, gnilne zapalenie oskrzeli i zmiany włókniste w płucu, jamy gruźlicze, ropnie wywołane przez ciała obce, bąblowce.

Na zasadzie kazuistyki mówca wypowiada następujące wnioski: 1) Do wykonania pneumotomii należy ściśle określić sprawę, jaką się ma przed sobą, a głównie oznaczyć miejsce. 2) Wielką pomoc przy badaniu fizycznem w celu lokalizacyi ogniska stanowi prześwietlanie i fotografia Röntgena. 3) Zmienianie ciśnienia pozwala otwierać klatkę piersiową i ułatwia określanie miejsca chorobowo zmienionego. 4) Nakłucie próbne należy stosować oględnie. 5) Przy wszystkich wskazaniach pneumotomię należy wykonywać wcześnie. 6) Radykalizm w operowaniu spraw ropnych i zgorzelinowych tylko korzyść choremu przynosi. 7) Najlepsze wyniki po pneumotomii bywają przy bąblowcu, najgorsze przy otwieraniu jam gruźliczych. 8) Pewien odsetek wyleczeń stanowią przypadki z przetokami płucnemi, które niekiedy wymagają ponownych operacyi, a nawet resekcyi płuc.

Z kolei mówi prelegent o pneumektomii i jako wskazania do tego zabiegu podaje: wypadnięcie płuc (*prolapsus i hernia pulmonum*), nowotwory, gruźlica, jamy oskrzelowe, przetoka oskrzelowa po zgorzeli płuc, promienica, krwotok po ranie postrzałowej płuca. Dotąd zebrał się jeszcze zbyt mały materyał kazuistyczny, aby można było z niego wysnuwać pewne, ogólne wnioski; dalszy postęp w tym zakresie rozszerzy wskazania do operacyi.

W dyskusyi zaznacza Krause, że operacye na płucach nie są niebezpieczne, jeżeli są zrosty opłucne. Od czasu zasto-

sowania kamery Sauerbrucha niebezpieczeństwo dla chorego jest prawie żadne, nawet przy zupełnym braku zrostów. Najlepsze wyniki daje operacya przy zgorzeli płuc. — Sekretarz stały Alfred Sokołowski wyraża zdanie, że chirurgia płuc może mieć pole jedynie w przypadkach ostrych; szczególniej nadają się do operacyi przypadki ograniczonej zgorzeli płuc. Drugą sprawą chorobową płuc, nadającą się do interwencyi chirurgicznej, jest ropień płuc, szczególniej międzyzrazowy. W gruźlicy płuc widywał mówca zawsze wyniki niepomyślne. Udziałem chirurgów powinna być także promienica płuc we wczesnych jej okresach. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne d. 6. X. 1908 r.

1) Borzymowski odczytał: **Czwarty przypadek zeszycia serca** i przedstawił 17-letniego chłopca, u którego w czerwcu r. b. zeszył dwie drążące rany prawej komory serca. Operacyę wykonano według metody, ogłoszonej przez B. w r. 1904, w sposób następujący: 1) zresekowano chrząstkę 5-go lewego żebra; 2) odłuszczono od mostka osierdzie i brzegi opłucnej; 3) zresekowano lewą połowę mostka od 3-go do 5-go żebra i chrząstki 3-go i 4-go żebra; 4) rozcięto osierdzie i zaszyto pięcioma szwami węzełkowymi dwie drążące rany prawej komory; 5) obszyto osierdziem obie rany na sercu; 6) dolną część osierdzia zeszyto ze skórą, a pod serce włożono dwa paski gazy. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, w 3-cim tygodniu chory zaczął chodzić.

2) Karwacki wypowiedział rzecz: **O szczepionkach ochronnych przeciwko cholerze.** Mówca podaje wyniki osobistego w tym kierunku doświadczenia, opierającego się na 150 przypadkach szczepienia. Jako materyału szczepiennego używał K. wyłącznie górnej warstwy płynu ze szczepionki, wyrabianej podług wskazówek Kollego. — Szczepień dokonywa się podskórnie i każdemu szczepionemu dwukrotnie: 1 ctm sz. na pierwszy raz i 2 ctm. sz. na drugi raz. Przerwa między szczepieniami powinna wynosić najmniej 5 dni. Objawy uboczne, powstające po zaszczepieniu, są miejscowe i ogólne. Do pierwszych należą: obrzęk i zaczerwienienie w miejscu ukłucia, ból w kończynie i bolesność gruczołów chłonnych pod pachą. Drugie wyrażały się podniesieniem ciepłoty, lekkiem niedomaganiem i zaparciem stolca. Sprawa wyboru tego czy innego szczepu cholerycznego dla przyrządzania szczepionki nie jest, jak dotąd, naukowo ugruntowana. Mówca przyrządza szczepionkę wielopostaciową. Badania różnych autorów i mówcy wykazują, że jednakowy odczyn humoralny zachodzi i w cholerze samoistnej i w szczepieniu doświadczalnem. Co do istot antyendotoksycznych w odporności przeciw cholerze, to dotąd niema badań w tym kierunku.

3) Sekretarz stały A. Sokołowski odczytał rzecz p. t. **Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobowych gardła, spostrzeganych w przebiegu neurastenii.** Tak zwane suche nieżyty gardła i nosa należą u nas do najczęstszych spraw chorobowych. Przyglądając się bliżej osobnikom, porady szukającym, zauważył prelegent, że 1) najczęściej są to ludzie młodzi, przeważnie mieszkańcy miast; 2) większość tych chorych należy do rasy semickiej. Dalsze spostrzeżenia dowiodły, że większość tych chorych — to neurastenicy i to cierpienie jest właściwie istotną ich chorobą. Prelegent twierdzi, że główne i podstawowe objawy nieżytów gardła i nosa są przeważnie wyrazem nadmiernego odczynu układu nerwowego na istniejący u neurasteników mniej lub więcej wyrażony nieżyt gardła. Dalej mówca omawia po kolei główniejsze skargi podmiotowe chorych, dotkniętych tem cierpieniem. Ustalenie należytego rozpoznania, a przedewszystkiem wytworzenie w umyśle lekarza pojęcia, o ile w danym przypadku objawy ze strony gardła należy uważać za objawy neurastenii, a dalej wyjaśnienie przyczyny neurastenii dają wskazówki do rokowania i leczenia. W leczeniu należy przedewszystkiem uwzględnić psychoterapię: z kolei stosować trzeba różne metody t. zw. terapii fizycznej. Dzieci najlepiej na pewien czas usunąć zupełnie z domu, oddawszy je na wieś pod rozumną opiekę. U osób przepracowanych umysłowo dobre wyniki daje przerwanie zajęcia, wyjazd z kraju, podróże, gdzie chory, odbierając dużo nowych wrażeń, o chorobie swej zapomina. Prelegent omawia w końcu szczegółowo miejscowości, które nadają się dla poszczególnych typów neurasteników.

W dyskusyi podnosi Pręgowski, że w pracy swej nie podaje prelegent wcale stosunku liczbowego swych spostrzeżeń, stąd uwagom jego w tym kierunku brak ścisłości i pewności. Dalej podaje prelegent liczne przykłady, gdzie chorzy, skarżący się na cierpienie gardła, miewali w niem bardzo nieznaczne zmiany, natomiast objawiali wybitne cechy neurastenii i niewiadomo tutaj, zdaniem mowcy, co jest sprawą pierwotną, a co wtórną. Jednakże z góry pewną zależność między neurastenią a nieżytami gardła można by było może i wykryć, skoro się zważy, jakie różnorodne i zmienne zachodzą gry w narządzie naczynio-ruchowym u neurasteników (zwężanie i rozszerzanie się naczyń krwionośnych). — Lubliner zaznacza, że wogóle proletaryat wszelkich ras cierpi na nieżyt gardła wskutek bardzo złych warunków higienicznych, w jakich żyje i pracuje. — Bregman zaznacza, że związek podobny do tego, jaki podaje prelegent między sprawami nieżytowemi gardła a neurastenią, zachodzi także i przy innych cierpieniach. Widują to otyatrzy, ginekolodzy i położnicy, a znane to jest neuropatologom.— Kopczyński St. dodaje, że spostrzegany przez prelegenta nieraz rażący brak stosunku między skargami chorego a przedmiotowemi zmianami w gardle tłomaczy się tem, że u neurasteników jest bardzo rozwinięta samoobserwacya. *I. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się w d. 6. XI. posiedzenie Sekcyi lekarzy szpitalnych, na którem Dr Wanda Szczawinska, lekarka Domu dla dzieci ozdrowieńców w Medan pod Paryżem, wygłosiła odczyt o ruchu, jaki powstał we Francyi od lat kilkunastu dla zmniejszenia śmiertelności wieku dziecięcego. Cały wysiłek na polu racyonalnego wychowania niemowląt klas pracujących został skierowany ku ułatwieniu matce wychowania i wykarmienia własnego dziecka. W tym celu »Assistance publique«, rządowa Instytucya Dobroczynności publicznej, udziela zapomóg pod różnemi postaciami matkom, wychowującym własne dzieci. To samo czynią związki kobiet pracujących »Mutualité maternelle«, oraz stowarzyszenia kobiet z warstw średnich: »Société d'allaitement maternel«, »Oeuvre de la Société de la charité maternelle« i t. p. Do tego, by wśród matek szerzyć poczucie obowiązku wychowywania własnych dzieci i karmienia ich własną piersią, zmierzają przez silną propagandę położnicy, a z nich głównie Budin. On to zorganizował »Consultations des nourrissons« przy własnym oddziale w celu śledzenia rozwoju dzieci, pochodzących z jego kliniki, i dał przykład innym, którzy go w tem naśladują. Pod wpływem położników powstały w niektórych fabrykach »nourriceries«, t. j. sale, gdzie składane są dzieci robotnic w godzinach ich pracy i dokąd robotnice udają się w pewnych godzinach dla karmienia ich. Państwo wydaje w swych fabrykach na ten cel 25,000 fr. rocznie. Podobną rolę odgrywają znane dziś wszędzie żłobki. Dla ratowania matek niezamężnych i ich dzieci, oraz dla ułatwienia matkom pracującym wykarmienia własną piersią swych dzieci i dzieci innej kobiety, powstało w Paryżu »Société maternelle parisienne La Pouponnière«, które pod Wersalem ufundowało instytucyę, doskonale się rozwijającą i zapewniającą schronienie 50 dziewczętom mamkom i 110 niemowlętom. Mamki pod ścisłym dozorem lekarskim spełniają doskonale swe obowiązki w przeciwieństwie do zwykłych mamek wiejskich, gdy bowiem śmiertelność dzieci, wychowywanych na wsi, sięga czasem 80%, w Pouponnière w Wersalu wynosi ona 2%. Wreszcie »Krople mleka« ułatwiają biednym matkom zdobycie taniego i zdrowego mleka dla niemowląt, gdy karmić własną piersią nie mogą. — Ruch ten odbił się i na urządzeniach szpitalnych. Wyraził się on w oddzieleniu porad dla niemowląt od porad ogólnych dla dzieci i w higienicznych ulepszeniach szpitalnych. Pierwszy wzorowy żłobek zorganizował Dr Mery przy szpitalu »Enfants malades« w Paryżu; tu nadto po raz pierwszy stosowano systematyczne dyetetyczne leczenie niemowląt, które tak w chorobach przewodu pokarmowego, jak i w ostrych chorobach innych narządów najpomyślniejsze wydało wyniki. Śmiertelność żłobka »Husson« — taką nazwę nosi żłobek kliniki, — była w 1905 r. 23%, gdy zwykła śmiertelność w żłobkach szpitalnych dochodzi do 60%. By rozszerzyć zakres dyetetycznego leczenia niemowląt, ważny szczególnie w czasie ich wyzdrawiania, Dr Mery zaproponował »Assistance publique« urządzenie Domu dla dzieci-ozdrowieńców w posiadłościach Emila Zoli w Medan pod Pary-

żem, którą żona znakomitego pisarza ofiarowała na cel szpitalny. Tu do dyetetycznego leczenia wycieńczonych chorobami dzieci dołączył Méry nowy, nader ważny w uzdrowieniach czynnik: świeże powietrze, którego żaden szpital dać nie może. W posiadłościach Zoli nie brak istotnie ani powietrza, ani miejsca. Dwie ogromne sale z wielkiemi oknami, w głównem zabudowaniu posiadłości, przeznaczone są dla dzieci, pozostających w zakładzie przynajmniej dni 22. W każdej sali jest dzieci od 10 do 11. Jest nadto salka o 8 łóżkach, przeznaczona do przyjmowania dzieci nowoprzybyłych, które, zanim przejdą do sal ogólnych, muszą tam pozostać dni 21. O ile pogoda sprzyja, dzieci spędzają dni na świeżem powietrzu. W zasadzie zakład nie przyjmuje dzieci chorych, jedynie dzieci wycieńczone chorobami, dzieci nierozwinięte (z hypotrofią) lub niedonoszone dzieci z upośledzonem trawieniem. Rekrutują się one głównie z dzieci, wypuszczonych z paryskich szpitali dla dzieci. W dyetetycznem leczeniu stosuje zakład przedewszystkiem mleko surowe własnych krów, dojonych aseptycznie i przed samem spożywaniem przez dzieci, które to mleko ma skład zawsze jednakowy, osiągany przez karmienie krów zawsze tą samą strawą. Gdy mleko surowe nie jest znoszone, dają dzieciom mleko zmodyfikowane, np. kwaśne mleko Miecznikowa, peptonizowane Backhausa. Nadto szerokie zastosowanie znajdują tu pokarmy mączne ze związkami węglowodanów, z powodzeniem dziś stosowane w leczeniu zaburzeń przewodu pokarmowego, a mianowicie: zupa słodowa Terrien, bulion Méry [1]), maślanka według Jacobsona i inne. Wyniki działalności zakładu są zachęcające (66 uzdrowień na 100), szczególniej, gdy zważyć trudności, z jakiemi spotyka się każda początkująca instytucya, oraz nędzę fizyczną dzieci, które przybywały do zakładu, o czem najwymowniej świadczą ich wagi przy zapisywaniu: np. 3,7 kg. w 14 miesiącu, 2,62 kg. w 3 mies., 4,0 kg. w 10 mies., a takich dzieci były dziesiątki. Zakład ma dwóch lekarzy: naczelnego — Dra Méry i ordynującego — Dra Wandę Szczawińską. Koszt utrzymania jednego dziecka wynosi 1000 fr. rocznie.

Z kolei przemawiał Dr B. Jakimiak: »O obsadzaniu ordynatur drogą konkursów«. O odpowiednie obsadzanie posad lekarzy szpitalnych troszczono się u nas oddawna (jeszcze za czasów pruskich). W roku 1834 widzimy, że Rada główna opiekuńcza instytutów dobroczynnych w celu zapewnienia szpitalom lepszych sił lekarskich wydała postanowienie, przez rząd zatwierdzone, że do urzędowania w szpitalach cywilnych, pod zawiadywaniem Rady będących, tylko lekarze z wysoką kwalifikacyą naukową i wyższymi stopniami naukowymi, t. j. aż do stopnia lekarza I klasy włącznie, przypuszczani będą. W celu przyciągnięcia do szpitali lepszych sił, porobiono lekarzom szpitalnym rozmaite ulgi natury służbowej. W r. 1862 na wniosek Rady gł. opiek. wyszło postanowienie, aby na przyszłość obowiązki lekarzy szpitalnych powierzane były osobom, które w odpowiednim konkursie okażą się do tego najzdolniejsze, a to z tego względu, że wybieranie lekarzy z konkursu jest najwłaściwsze. Po powstaniu, na wniosek Komitetu urządzającego, zmieniła Rada administracyjna przepisy o obsadzaniu posad w ten sposób, że połowa posad ma być obsadzana drogą konkursu, druga połowa drogą zwykłej nominacyi. Według tych zmienionych przepisów — lekarzy naczelnych, ich pomocników, jak również lekarzy tych szpitali, gdzie przewidziana jest tylko jedna posada lekarska, postanowiono mianować bez konkursu. Lecz i ta zmiana nie wszystkim się podobała i stale powtarzały się próby omijania tego prawa.— Komisya, powołana przez miejską Radę dobroczynności publ. w r. 1903 w sprawie lekarzy szpitalnych, prawie jednomyślnie wypowiedziała się za przywróceniem prawa z r. 1862, t. j., ażeby dla uniknięcia wszelkich protekcyi, narzekań i t. d., wszystkie posady były obsadzane drogą konkursu. Komisya ta, zaznaczywszy, że w ciągu lat ostatnich, bez względu na prawa istniejące, wielu ordynatorów etatowych i nadetatowych mianowano nie drogą konkursu, lecz na przedstawienie odpowiednich władz, na zasadzie § 62 Ustawy lekarskiej, postanowiła prosić, aby na stanowisko ordynatorów szpitalnych mianować lekarzy drogą konkursu, jako najsprawiedliwszą i przepisaną dla wszystkich lekarzy szpitalnych w r. 1862 przez Komisyę spraw wewnętrznych i duchownych. Przy zdaniu odrębnem zostało tylko 2 (na 30) członków Komisyi, mianowicie Dr Małow i Maksimow. Komisya orzekła nadto, że dla sprawiedliwej oceny kandydatów stopnie powinny być stawiane jawnie, tem więcej, że § 12 przepisów konkursowych nie sprzeciwia się temu. Oczywiście, jeżeli wbrew tym uchwałom wciąż jeszcze ujawnia się dążność władz do obsadzania posad drogą nominacyi, to chodzi tu o względy inne, a nie o sprawiedliwość i dobro instytucyi.

W sprawie tej zabierali głos kol. Janowski, Żera, Manduk i inni i wszyscy wypowiedzieli się za utrzymaniem i przestrzeganiem konkursów, wobec czego Wydział postanowił prosić Zarząd Stowarzyszenia lekarzy polskich o zwrócenie uwagi Magistratowi miasta Warszawy, aby nadal przy obsadzaniu wakujących posad ordynatorów prawo z roku 1862 mogło być przestrzegane. *W. Knappe.*

[1]) Bulion Méry: na litr wody: 60 gr. marchwi, 40 gr. kartofli, 15 gr. buraków, 10 gr. grochu, 5 gr. soli — gotować przez 4 godziny, przecedzić, dodać na 100 gr. bulionu 1 łyżeczkę mąki ryżowej

Galicyjska kasa dla chorych lekarzy odbyła Walne Zgromadzenie w d. 7. XI. b. r., na którem uchwalono przedstawione przez Wydział zmiany statutu. Najważniejsza z nich dozwala przystąpić do kasy lekarzom galicyjskim, nie przynależnym do Izb, t. j. lekarzom rządowym (z wyjątkiem wojskowych) pod warunkiem, że sami opłacą wpisowe (20 K.), które za innych lekarzy płaci Izba lekarska. — Zaostrzono też przepisy co do członków, zalegających z wkładkami; kto zalega dłużej, niż 6 tygodni, ten traci chwilowo prawo do świadczeń kasy, a odzyskać je może w 14 dni po dniu wyrównania całej zaległości; kto zaś zalega z wkładkami za poprzedni rok administracyjny dłużej, niż 8 tygodni, ten zostaje wykreślony z listy członków. *R.*

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy zawiadamia kolegów, że odtąd Towarzystwo będzie nosiło nazwę: **„Związek krajowy lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego“.** Do tej zmiany tytułu zmuszone jest Towarzystwo na żądanie władz politycznych. Ponieważ dotąd nie powstały jeszcze nigdzie w kraju organizacye powiatowe i obwodowe, przeto aż do ostatecznego wyjaśnienia sprawy organizacyi, jej form i stosunku do innych podobnych Związków w Austryi — działalność stowarzyszenia pozostanie taką samą, jak dotąd. W następnym komunikacie podaje Wydział w krótkości kilka uwag o obecnej sytuacyi i wzywa kolegów do bacznego śledzenia przebiegu usiłowań Towarzystwa i poparcia ich przez przystępowanie do organizacyi. *W.*

Wydział Związku krajowego lekarzy galicyjskich (dawnej »Samopomocy«) odbył posiedzenie w dniu 19. listopada b. r. Przedmiotem obrad było przystąpienie Towarzystwa do »Związku państwowego austr. organizacyi lekarskich« i zmiana nazwy Towarzystwa. Uchwalono wysłać przedstawiciela zorganizowanych lekarzy galicyjskich na Zjazd delegatów organizacyi lekarskich w Austryi, który to Zjazd odbędzie się w Wiedniu w dniach 29. i 30. listopada b. r. Po powrocie delegata zapadnie ostateczna uchwała co do formy, jaką przybierze organizacya lekarzy w Galicyi, jakoteż co do wysokości wkładki. Prawdopodobnie statut Towarzystwa będzie tak ułożony, ażeby umożliwić wszystkim lekarzom przystąpienie do organizacyi.

Jedynie przez połączenie się wszystkich lekarzy w kraju będzie można uzyskać dla stanu naszego lepsze warunki bytu. Wydział prosi PP. Kolegów usilnie, ażeby w obecnej chwili nie spuszczali z oka swych własnych interesów. Należy pamiętać, że w obecnej sesyi Rady Państwa ma być wniesiona ustawa o ubezpieczeniu ogólnem na starość i na wypadek niezdolności do pracy; ustawa ta dotyka najżywotniejszych interesów lekarzy, obejmując także zmiany w dotychczasowej ustawie o kasach chorych. Tak ważne dla stanu lekarskiego, wprost o jego dalszych losach rozstrzygające ustawy nie powinny być bez nas uchwalane.

Dlatego zawczasu stwórzmy silną, wszystkich lekarzy łączącą organizacyę, bo tylko taka może występować energicznie z żądaniem poprawienia stosunków dla wszystkich kolegów. Teraz już najwyższy czas do pracy, potem będzie zapóźno! *W.*

Związek państwowy organizacyi lek. austr. ogłasza ścisły bojkot wobec fabryki cegieł w Hennersdorf-Leopoldsdorf, i ostrzega lekarzy w całej Austryi, aby miejsca lekarza tej fabryki pod żadnym warunkiem nie przyjmowali.

Zjazd delegatów Związku państwowego organizacyi lek. austr. w d. 29 i 30 XI. b. m. w Wiedniu obradować będzie nad dwiema ważnemi sprawami, mianowicie nad projektem ustawy o powszechnem ubezpieczeniu i nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W zjeździe wezmą udział po raz pierwszy Czesi, delegaci organizacyi czeskiej, już do »Związku« przyłączonej, a do udziału w obradach został zaproszony, aczkolwiek jeszcze do »Związku państwowego« nie należący, i nasz »Krajowy Związek lekarzy« (dawna »Samopomoc«), którego prezes, r. dw. prof. dr Wicherkiewicz, w tym celu do Wiednia wyjeżdża. Zyskując oparcie o tak potężną organizacyę, jaką dziś już jest »Związek państwowy«

będzie mógł i nasz Związek rozwinąć tem skuteczniejszą działalność; tem pilniejszą też jest rzeczą, by wszyscy Koledzy do Związku przystępowali. *Z.*

Zdobycze, osiągnięte przez lekarzy zapomocą złączenia się w »Państwowy Związek organizacyi lek. austr.« w nowym projekcie ustawy o ubezpieczeniu powszechnem, a mianowicie w rozdziałach, dotyczących Kas chorych, — najłatwiej ocenić przez zestawienie żądań, jakie »Związek« w tej sprawie przedstawił ministerstwu, z postanowieniami odpowiednich §§. projektu. — Otóż z żądań tych wypełnione zostało całkowicie 1) aby do Kas chorych miały obowiązek należeć tylko osoby, mające co najwyżej 2400 koron rocznego dochodu (§ 3); natomiast żądanie 2) aby nikt nie miał prawa dobrowolnie przystępować do obowiązkowych Kas chorych, zostało tylko częściowo uwzględnione, mianowicie projekt ustawy zezwala na takie dobrowolne przystępowanie (§ 58), ogranicza je jednak na osoby, mające najwyżej 3600 K rocznego dochodu, a nadto postanawia (§ 40), że tacy dobrowolni członkowie, o ile mają dochód ponad 2400 K, mogą od Kas chorych otrzymywać tylko zasiłki pieniężne, ale nie mają prawa do bezpłatnej pomocy lekarskiej.

Stosownie do żądania lekarzy, 3) aby ustawa wyraźnie określiła, iż wolny wybór lekarzy jest w Kasach dopuszczalny, brzmi § 44 projektu. Również wypełniony został przez § 47 projektu postulat 4), regulowanie wynagrodzenia lekarzy w Kasach przez objęte ustawą Komisye umów. Dalszem ustępstwem są postanowienia § 51, dotyczące 5) ubezpieczenia rodzin, na które lekarze godzili się pod warunkiem wypełnienia żądań, wspomnianych pod 1) (granica dochodu 2400 K) i 3) (wolny wybór), oraz pod tym warunkiem, by ubezpieczenie to mogło być w pewnych okolicznościach obowiązkowe. Nie spełniono punktu 6) żądań »Związku«, aby regestrowane Kasy chorych nie miały prawa swym członkom zapewniać bezpłatnej pomocy lekarskiej. — Żądania: 7) aby Kasy chorych prowadziły zapiski o pomocy lekarskiej, udzielonej chorym, nie pobierającym zasiłków pieniężnych i 8) aby wykazywały koszta lekarzy oddzielnie od kosztów kontroli chorych, — nie są wprawdzie w projekcie ustawy uwzględnione, ale mogą być wypełnione w drodze rozporządzeń ministeryalnych.

Zadaniem »Związku państwowego« będzie: 1) wymódz, aby dobrowolne przystępowanie do Kas chorych zostało zupełnie zniesione; 2) przeprowadzić zmianę ustawy o regestrowanych pomocniczych Kasach w kierunku, przez lekarzy żądanym (t. j. by ograniczyć świadczenia tych Kas dla członków, mogących opłacić lekarza, tylko do zasiłków pieniężnych w chorobie (Krankengeld); 3) zapewnić, by ustawa przyznała Izbom lekarskim na sprawy ubezpieczenia wpływ należyty. Osiągnięte dotąd w tej sprawie przez »Związek« wyniki, powinny zachęcić do przystąpienia do organizacyi w s z y s t k i c h lekarzy, jacy jeszcze poza nią pozostali. Jestto tem ważniejsze, że nietylko trzeba wymódz uwzględnienie w ustawie powyżej wspomnianych, dotąd pominiętych słusznych żądań, — ale że i to, co dotąd uzyskano od r z ą d u, trzeba będzie uchronić jeszcze w p a r l a m e n c i e od zmian na naszą niekorzyść. A niebezpieczeństwo w tym względzie jest znaczne, gdyż Kasy chorych nie ustaną w staraniach, aby utrzymać dotychczasowy stan, dla lekarzy tak szkodliwy i krzywdzący. Niebezpieczeństwo to odeprzeć może tylko potężna, c a ł y o g ó ł l e k a r z y o b e j m u j ą c a o r g a n i z a c y a.

Oprócz punktów, bezpośrednio odnoszących się do wspomnianych powyżej żądań »Związku«, zawiera projekt ustawy jeszcze pewne postanowienia, żywiej lekarzy obchodzące. Tu należy n. p. przepis, że Kasy chorych są obowiązane do wynagradzania lekarzy, spieszących z pomocą w nagłych przypadkach; wypełnia tu słuszne, a dawniej już podnoszone żądania. W pewnych razach będzie, według projektu ustawy, wolno Kasom chorych wypłacać swym członkom zwiększone zasiłki (Krankengeld) zamiast dostarczania bezpłatnej pomocy lekarskiej; postanowienie to w pewnych warunkach (n. p. przy walce z Kasami o poprawę wynagrodzenia) może być dla lekarzy bardzo niekorzystne. Ważne jest także projektowane w ustawie utworzenie urzędów powiatowych dla spraw ubezpieczenia (Bezirksstellen für Sozialversicherung, §§ 18—24), czemu Kasy chorych gwałtownie się sprzeciwiają, jako ograniczeniu swej dotychczasowej zupełnej autonomii (która lekarzom aż nadto dała się już we znaki). I te również punkta musi obecnie organizacya lekarzy podtrzymać, o ile są korzystne, a zwalczyć, o ile są szkodliwe dla lekarzy. *R.*

Projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, przedłożony przez rząd austr. Izbie Panów, zawiera następujące główne postanowienia: Obowiązkowi donoszenia podlegają: mór, cholera, ospa, dur plamisty, trąd, żółta gorączka, dur powrotny, dur brzuszny, czerwonka, płonica, błonica, nagminne zapalenie opon, wąglik, nosacizna, wścieklizna i przypadki pokąsania przez zwierzęta wściekłe lub podejrzane. Oprócz tego może ministerstwo zarządzić obowiązek donoszenia o innych jeszcze chorobach, gdyby szerzyć się poczęły w sposób groźny. O każdym przypadku donosić należy naczelnikowi gminy; obowiązek donoszenia ciąży na wezwanych do chorego lekarzach, zawodowych dozorcach chorych, właścicielach hoteli i zajazdów, przełożonych szkół i ochronek, głowach rodziny, właścicielach domów, oglądaczach zwłok. O ile gmina nie jest władzą polityczną, ma naczelnik gminy zrobić zaraz doniesienie do odpowiedniej władzy politycznej (w przypadkach moru, cholery, ospy i duru plamistego telegraficznie lub telefonicznie). Wszystkie władze i korporacye publiczne mają obowiązek, w granicach swego zakresu działania, starać się wszelkimi środkami, jakimi rozporządzają, o takie zarządzenia i urządzenia, które mogą zapobiedz powstawaniu i szerzeniu się chorób zaraźliwych. Rozporządzenie ministerstwa oznaczy, przy jakich chorobach mają być chorzy odosobnieni. Przedmioty i mieszkania, mogące być źródłem zarazy, podlegają odkażeniu; jeżeli ono jest niemożliwe lub w porównaniu do wartości przedmiotu zbyt kosztowne, to przedmiot zakażony może być zniszczony. Mieszkańcom tych domów lub miejscowości, gdzie wystąpiła choroba zaraźliwa, może być zakazany wstęp do szkół i ochronek. Z takich domów lub miejscowości, gdzie wystąpiła cholera, ospa, mór, dur brzuszny, czerwonka, płonica lub błonica, może być wywóz środków żywności zakazany lub ograniczony. Zwłoki zakaźne powinny być jak najspiesznej przeniesione do trupiarni (w danym razie przymusowo). Przy pojawieniu się choroby, podlegającej obowiązkowi donoszenia, mogą być zakazane jarmarki, uroczystości i t. p. zgromadzenia większej liczby ludzi, zamykane szkoły i ochrony. Domy, w których znajdują się chorzy, mogą być odpowiednio widocznie oznaczane, może też być zarządzone opróżnienie, nawet przymusowe, domów i mieszkań, gdzie zaszedł przypadek choroby zakaźnej, wstrzymanie obrotu (handlowego i t. p.) przedmiotami, mogącymi przenosić zarazę. W drodze rozporządzenia mogą być oznaczone środki zapobiegawcze w zakresie urządzeń komunikacyjnych (kolei i t. p.). Za przedmioty uszkodzone przy odkażaniu lub zniszczone wypłacane będzie odszkodowanie osobom prywatnym; publicznym korporacyom lub funduszom odszkodowanie w takich razach nie przysługuje. Gdyby lekarz, powołany w publicznej służbie sanitarnej do współdziałania przy zwalczaniu choroby zakaźnej (»podlegającej obowiązkowi donoszenia« — wyrażenie stałe w projekcie ustawy), stał się przytem niezdolnym do pracy lub zmarł, wówczas należeć się będzie pensya taka, jaka należy się urzędnikowi państwowemu IX rangi (lub jego rodzinie) po 10-letniej służbie. — Niedopełnienie obowiązku donoszenia karane będzie przez władzę polityczną grzywną do 600 k. lub aresztem do 2 miesięcy. Czyny i zaniedbania, naruszające przepisy (rozporządzenia), wydane na zasadzie ustawy, karze władza polityczna grzywną do 1000 k. lub aresztem do 3 miesięcy. W ustawie karnej ma być wprowadzony nowy § 393: Ktoby stał się winnym czynu lub zaniedbania, co do których mógł przewidzieć, że mogą one wywołać rozszerzenie się choroby zaraźliwej i przez to narazić na niebezpieczeństwo życie lub zdrowie człowieka, będzie karany za przekroczenie grzywną od 10 do 1000 k., lub aresztem od 3 dni do 3 miesięcy; jeżeli zaś wskutek czynu wynikło ciężkie obrażenie ciała lub śmierć człowieka, będzie karany według § 335 u. k. Jeżeli zaś czyn taki był spełniony w szczególnie niebezpiecznych okolicznościach, to zastosowana ma być kara z §§ 337 i 432 u. k. (6 miesięcy do 2 lub 3 lat więzienia). [Wiadomości powyższe, podane przez wiedeńską prasę polityczną, są, jak się zdaje, bardzo tylko pobieżnem streszczeniem projektu ustawy]. — »Kuryer lwowski« (Nr 550) podnosząc, że ustawę ułożono bez zasięgnięcia opinii Izb lek., Wydziałów lek., autonomicznych zarządów krajów i gmin, sądzi, że projekt ustawy należy jeszcze ze względu na interes kraju dokładnie zbadać, aby na czas, zanimby został uchwalony w parlamencie, uzyskać w nim zmiany, gdyby się okazały potrzebne. Przypominając, że sprawa ta była poruszana w krakowskiem Towarzystwie lek., w Izbie lekarskiej i Towarzystwie higienicznem we Lwowie, na Zjeździe galic. lekarzy rządowych, w »Przeglądzie lek.« i »Głosie lekarzy« i że Towarzystwo lekarskie krakowskie starało się u Namiestnictwa (bezskutecznie) o zwołanie w tej sprawie krajowej ankiety, wyraża »Kuryer lwowski« zdanie, że ankieta taka jest niezbędną i porusza myśl, aby ankietę taką zwołało albo Towarzystwo lekarskie krakowskie na własną rękę, albo, by się nią zajął Wydział krajowy]. *R.*

Wodę utlenioną (*hydrogenium hyperoxydatum solutum*) mają odtąd apteki (rozporz. ministerstwa spraw wewn. z 10. X. 1908, L. 22.930) z perhydrolu przyrządzać, biorąc tyle razy po 3·3 gr. perhydrolu na 100 gr zapisanego rozczynu, ile odsetków zapisano w recepcie. (Por. »Przegląd lek.« 1908, Nr 26, artykuł mg. f. Bankego). *R.*

Trybunał państwowy w Lipsku wydał wyrok zasadniczego dla lekarzy znaczenia. W r. 1903 wstrzymali lekarze kasy chorych w Gera swe czynności, ponieważ zarząd kasy chorych chciał na równi z nimi postawić partacza (Naturheilkünstler). Zarząd kasy nie zapłacił strejkującym lekarzom należącego się im wynagrodzenia zaległego; lekarze zwrócili się do sądu, a obecnie, po 5 latach, sprawę wygrali. Wyrok uzasadnił Trybunał państwowy tem, że lekarze działali w obronie swych uprawnionych interesów i dlatego mieli prawo wstrzymać swe czynności. *R.*

Związek lipski, olbrzymia organizacya zawodowa lekarzy niemieckich, przeprowadziwszy zwycięzko walkę z kasami chorych i uzyskawszy znaczne zwiększenie dochodów lekarzy kas, stanął w ostatnich czasach do walki z Towarzystwami ubezpieczeń. Walka ta jednak idzie o tyle trudniej, że wśród ogółu lekarzy nie objawia się ta energia i solidarność, o jaką mógł się Związek oprzeć w walce z kasami chorych. Rzecz stanęła mianowicie tak, że z lekarzy Towarzystw ubezpieczeń w Niemczech wielu jest zadowolonych i z honoraryów i ze stosunku ze swem Towarzystwem; nie odczuwa więc potrzeby zrywania tego stosunku, zwłaszcza, że Towarzystwa ubezpieczeń niedawno bardzo znacznie podniosły płace i honorarya swych lekarzy. (Münch. med. Wochenschrift 45). *R.*

Braki w wykształceniu społeczno-lekarskiem słuchaczy medycyny i młodych lekarzy omawiano na międzynarodowym Zjeździe dla spraw ubezpieczeń. Liczni mowcy przemawiali za obowiązkowem wprowadzeniem tej nauki przez dwa półrocza studyów na wszechnicy, do czego naturalnie koniecznem jest stworzenie odpowiednich katedr uniwersyteckich, a nawet oddziałów klinicznych. *X.*

Nad ustawą przeciw partactwu toczyć się mają w pruskiem ministerstwie w b. m. obrady »deputacyi naukowej« z udziałem delegatów 12 Izb lekarskich pruskich. *R.*

Reklamowanie przetworów, często na to niezasługujących, zapomocą artykułów »naukowych«, pisanych na zamówienie fabryki, zajmujące teraz żywo prasę lekarską niemiecką, znajdzie się obecnie także przed sądem. Dwie wielkie fabryki kawy sztucznej »Kaffe-Handels-Aktien-Gesellschaft« w Dreznie i »Kathreiners Malzkaffefabrik« w Monachium, toczą ze sobą ogromną walkę konkurencyjną. Dyrektor fabryki bremeńskiej zarzuca między innemi fabryce monachijskiej, że reklamuje swoją kawę w sposób niezupełnie uczciwy, bo przez pismo »Zeitschrift für neuere physikalische Medizin«, które poprostu niewolniczo stoi na usługach fabryki. Zarzut ten będzie właśnie przedmiotem dochodzeń sądowych. *X.*

Bezwartościowe przetwory coraz częściej zdarzają się wśród »nowych«, wszelkimi godziwymi i mniej godziwymi sposobami reklamowanych »leków«, którymi zasypuje rynki handlowe i lekarzy przemysł chemiczny niemiecki. Aby temu zapobiedz, a niesumiennej reklamie kres położyć, odzywa się w kołach lekarskich niemieckich coraz silniej żądanie, by założono centralny urząd badania nowych przetworów, np. przy ces. Urzędzie zdrowia. *R.*

Ustawy państwowej przeciwgruźliczej domaga się wniosek Dra Arninga i Bassermanna, przedstawiony parlamentowi niemieckiemu. *R.*

Stosunki higieniczne szkół warszawskich początkowych przedstawiają się według Dra Tchórznickiego (*Kur. Warsz.* 307) nader smutno. 41% szkół mieści się w domach nieskanalizowanych. Nigdzie niema spluwaczek. W 21% szkół niema w szatni wodociągów; wodę trzeba przynosić w konewkach. Umywalni, ręczników, mydła nigdzie niema. W 55% szkół właściciele domów nie dopuszczają dzieci do sal przez schody frontowe. Na czyszczenie szkoły przeznaczono po trzydzieści rubli rocznie. Przewietrzacze (oberlichty) są wprawdzie w 70% szkół, ale nie bywają otwierane, bo na to trzebaby wspinać się na okno. W przeważnej części szkół jest przepełnienie do 20%, wskutek tego ciasno, duszno i brudno. Na zażalenia nauczycieli i lekarzy odpowiada magistrat, że niema pieniędzy na poprawę tych stosunków. Wobec tego jedynem wyjściem jest, zdaniem Dra T., otwarcie drugich dwustu szkół za pieniądze obywatelskie, t. j. z ofiar społeczeństwa. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 14. do 21. XI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. pow. Brzeżany (Chorobrów 2, Augustówka 1), Buczacz (Trościaniec 1, Krasiejów 1), Jaworów (Kobylnica ruska 2), Kałusz (Nowica 8), Lwów pow. (Biłka królewska 1), Nadwórna (Zielona 1), Podgórze (Podgórze 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 14. do 21. XI. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 3; zmarło osób 59 (w tem obcych 23), z nich z gruźlicy 9 (5), zapalenia płuc 6 (1), błonicy — (—), płonicy 1 (—), odry 4 (1), duru brzusznego 3 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. do 21. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 3, płonicy 7 † 1 (2 † —), odry 61 † 4 (1 † 1), duru brzusznego 7 † 3 (3 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 14. do 21. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 34 † 4 (5 † —), odry 1, duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 1 † 1 (—). *Dr Tatarczuch.*

Cholera w Rosyi. Od 18. do 25. X. b. r. zaszło w całej Rosyi według danych urzędowych nowych przypadków 1,048 († 552), t. j. o 523 († 267) mniej niż w poprzednim tygodniu. *R.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 25. XI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Cetnarowski przedstawił przypadki operowane brodawczaka jajowodów, obustronnych torbielaków jajnika obok ciąży, oraz pacyentki, u których stosowano wczesne wstawanie po laparotomiach, Dr Friediker operowany przypadek krwiaka śródmacicznego (*haematocolpos et haematometra*) niezwykłych rozmiarów, Dr Schlank przypadek hebosteotomii, a Prof. Rosner mówił o »*hypertensio gravidarum*«. W dyskusyach przemawiali: Dr H. Hirsch, Friedman, Przybylski, Surzycki, Wachtel, Wojciechowski i prelegenci.

— Ściślejsze współdziałanie przedstawicieli poszczególnych działów medycyny zostało u nas przez X. Zjazd lekarzy i przyrodników, odbyty we Lwowie, wprowadzone na pomyślne tory. Oprócz bowiem przygotowującego się na zasadzie uchwał lwowskich Zjazdu internistów, zbliża się do urzeczywistnienia Zjazd Towarzystwa okulistów polskich, założonego na Zjeździe lwowskim. Zjazd ten ma się odbyć w Krakowie. W tym celu rozesłał r. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz do okulistów polskich zapytania, zmierzające do ustalenia terminu i programu Zjazdu.

— Przed Radą honorową Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyła się 20. XI. 1908 rozprawa przeciw Dr. S. z W., który w drukowanej i rozpowszechnianej odezwie obraził Dra L. z X., reklamując się sam w sposób niewłaściwy. Po wysłuchaniu stron i po naradzie Rada honorowa uznała Dra S. winnym wykroczenia przeciw godności stanu lekarskiego z § 34. II a. i udzieliła mu nagany, przyjmując przy wymiarze kary jako łagodzącą okoliczność, że poraz pierwszy staje jako oskarżony przed Radą honorową. Dr S. wyrok przyjął.

— Rada wyznaniowa gminy izraelickiej uchwaliła budowę jubileuszowego szpitala izr. dla dzieci chorych zakaźnie, na którego utrzymanie przeznaczyła 4000 koron rocznie. Szpitalik zakaźny na 20 łóżek, stanie przy ul. Skawińskiej obok szpitala izraelickiego.

— Towarzystwo »Biblioteka uczniów Wydziału lekarskiego« w Krakowie, miało w r. 1907/8 389 członków zwyczajnych (słuchaczy medycyny), zaledwo więc około 30 słuchaczy medycyny do pożytecznej tej instytucyi nie należało. Dochody wynosiły 6313·78, rozchody 4463·32 koron. Obrót »Księgi pośrednictwa«, przez którą 254 członków nabyło na własność na spłaty 672 dzieł, dobiegł sumy 9847·92 kor. Wypożyczalnię wzbogacono 167 dziełami. Towarzystwo wydało skrypta wykładów biologii (175 arkuszy), zreformowało swą administracyę i czyni starania o założenie »Bratniej pomocy medyków«, na którą zebrano już 1617·59 kor. Prezesem Towarzystwa był p. Wiktor Giełczyński, kuratorem Prof. Dr Browicz. Na rok 1908/9 wybrani zostali do zarządu na Walnem Zgromadzeniu w dn. 16. XI. b. r.: Włodzimierz Topór Zbyszewski (prezes), Witold Władysław Łaszczyński (wice-prezes), Antoni Schröder (skarbnik), S. Hodbod (sekretarz I.), J. Glatzel (sekretarz II.), K. Missona, S. Przychocki,

B. Łach, R. Wicherek; do komisyi kontrolującej: W. Giełczyński (przewodniczący), J. Olbrycht (zastępca przewodn.), A. Wiktorczyk, Z. Czarnek.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Aleksander Oszacki, rodem z Krakowa.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył 6. XI. b. r. posiedzenie, na którem po przesłuchaniu Dra F. wydano orzeczenie w sprawie zażalenia Dra F. przeciw postanowieniu Wydziału krajowego.

— Kursa dla lekarzy, urządzone przez Wydział lekarski, rozpoczynają się 1. XII. b. r. W zeszłym tygodniu dobiegła liczba zgłoszonych uczestników już 23; najliczniej zapowiadają się kursa bakteryologii, położnictwa, chorób wewnętrznych i chorób dzieci. — 23. XI. b. r. odbył się w klinice lekarskiej uroczyście, w obecności rektora, dziekana, grona profesorów i wielu lekarzy, pierwszy wykład Prof. Jurasza.

— Prezes Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, prym. Dr Wilhelm Pisek, mianowany został członkiem korespondentem »Spolku lekarů českych« w Pradze.

— Na wzór »Domów akademickich«, istniejących we Lwowie i w Krakowie dla słuchaczy uniwersytetu, podjęto we Lwowie myśl założenia »Domu studentek«. W tym celu zawiązało się »Towarzystwo polskiego domu im. E. Orzeszkowej dla słuchaczek szkół wyższych we Lwowie«.

Warszawa. Prezesem Towarzystwa »Higiena praktyczna im. B. Prusa« wybrany został Prof. Dr J. Kosiński.

— Lekarze kolei wiedeńskiej urządzili 23. XI. b. r. obchód jubileuszowy Dra Stanisława Markiewicza, naczelnego lekarza tej kolei, założyciela i prezesa kolonii letnich dla dzieci. O jubileuszu tym donosiliśmy w swoim czasie.

— W r. z. ministerstwo oświaty poruszyło sprawę oddania warszawskiej szkoły felczerskiej w zawiadywanie ministerstwa spraw wewnętrznych, t. j. przejęcie jej przez Radę Dobroczynności publicznej, na co też ta Rada się zgodziła. Wraz z objęciem szpitali przez miasto, przeszła i ta sprawa do magistratu, który jednak uchwalił obecnie: szkoły felczerskiej w zarząd miasta nie przejmować, a założyć z funduszów miejskich szkołę dozorców chorych.

— Miejski Wydział dobroczynności przedstawił sprawozdanie z całorocznej działalności w zakresie szpitalnictwa na posiedzeniu plenarnem w d. 17. X. b. r., odbytem z udziałem zaproszonych lekarzy. Objąwszy przed rokiem szpitale w stanie bardzo opłakanym, zapłacił magistrat ich główne długi i pokrył utrzymanie do końca r. 1907, wydając na to 800,000 rb. W r. b. wyznaczono na szpitale w budżecie miejskim przeszło milion rubli, z czego 100.000 na odnowienie budynków. Gospodarkę szpitalną rozpoczęto porządkować, polepszono żywienie chorych; zdąża się do reformy Domu wychowawczego, ochronnego szczepienia krowianką; podniesiono wynagrodzenie SS. Miłosierdzia i pomnożono ich liczbę. Poprawa gospodarki sprawiła, że z opłat za leczenie ściągnięto w r. 1908 dwa razy więcej, niż preliminowano, mianowicie 194,331 rb. zamiast 72,735, z podatku szpitalnego do 25% więcej. Za drugą, a ważniejszą część swego zadania uważa magistrat systematyczne ulepszenie szpitalnictwa według planu, opracowywanego przez osobną komisyę pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego.

— Z zapomogi kasy Mianowskiego wyszło staraniem Dra Jana Tura dzieło Prof. Józefa Nusbauma p. t. »Zootomia praktyczna«.

— W »Czasopiśmie lek.« (10) porusza Dr Biegański w artykule p. t. »Co i jak lekarz czytać powinien« myśl zorganizowania rozprzedaży dzieł lekarskich na spłaty przez Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie.

Z różnych stron. W dniu 6. (19) XI. b. r. obchodzili 25-letni jubileusz profesor anatomii w wojskowej Akademii lekarskiej Dr Jan Szawłowski i Dr Cypryan Zakrzewski. W imieniu »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« składali jubilatom życzenia: prezes Prof. Stan. Zaleski, wiceprezes Prof. J. Ziemacki i sekretarz Doc. Sowiński. Do życzeń tych dołączamy ze swej strony szczere »ad multos annos!«

— Nagroda Nobla za prace na polu medycyny ma być w tym roku, jak podają dzienniki, rozdzielona między Prof. Miecznikowa i Prof. Ehrlicha.

— Do wiedeńskiej kliniki Prof. Eschericha dostał się z Taszkentu przypadek w Europie dotąd nieznanej, egzotycznej choroby »kala-azar«, którą dotąd spostrzegano tylko w Indyach zachodnich.

— »Związek polski lekarzy i przyrodników« w Petersburgu, wystosował do L. hr. Tołstoja adres jubileuszowy (ogłoszony w »Kraju« Nr 244). Hołdowi temu zarzucił ks. Czeczott (»Kraj« Nr 250) pewną przesadę, co skłoniło znów prezesa »Związku«, Prof. Dra Zaleskiego, do odpowiedzi (»Kraj« Nr 258), wywodzącej, że adres »Związku«, złożony znakomitemu pisarzowi, był raczej za blady, niż za jaskrawy.

Mianowani: Dr Aleksander Majewski starszym lekarzem sztabowym; Dr H. Ortyński lekarzem sztabowym; Dr T. Koźniewski asystentem przy katedrze farmakologii w Krakowie; Prof. Kreibich zwycz. profesorem dermatologii na niemieckim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Stanisław Wokulski w 36 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie Biblioteki uczniów Wydziału lek. w Krakowie za r. 1907/8. — Klecki i Wrzosek: O przechodzeniu do moczu mikrobów we krwi krążących. Akad. Umiej. 1908. — S. Filipkiewicz: 1) Tabes u. Syphilis. »Pester med.-chir. Presse« 1907. 2) Etyologia i wyniki leczenia rwy kulszowej na podstawie 1023 spostrzeganych przypadków. »Gaz. lek.« 1908. 3) O niektórych zaburzeniach czucia skóry, spostrzeganych również na tle skazy dnawej i gośćcowej. »Przegl.« 1908. — Chądzyński: Le principe du massage dans le traitement des uréthrites. »Progrès med.« 1908. — R. c. Dr E. Krzyżanowski: »O poznawaniu zafałszowanych pokarmów i napojów. »Przegl. hig.« 1908. — Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach... przy Warsz. Towarzystwie lekarskiem za czas od 1858—1907. (Sprawozdanie) Warszawa 1908.

Zapiski bibliograficzne: Dr M. T. Schnirer, redaktor »Klinisch-therapeutische Wochenschrift« w Wiedniu: **Medizinal-Index und therapeutisches Vademecum.** Rocznik XI., 1908. — Kalendarzyk Dra Schnirera zjednał sobie trwałe powodzenie, czego najlepszym dowodem jest to, iż obecnie rozpoczyna drugie dziesięciolecie wydawnictwa. Rocznik bieżący wzbogacony został rozdziałami »O kosmetyce« i »O leczeniu surowicami«. W innych rozdziałach przeprowadzono zmiany, odpowiadające postępowi medycyny praktycznej. Na uwagę zasługuje też rozdział »Nowe nazwy zawodowe«, w którym znajdują się objaśnienia nowszych nabytków terminologii lekarskiej. Tym, którzy zaopatrują się także w kalendarzyki niemieckie, odda »Medizinal-Index« Dra Schnirera niewątpliwie dobre usługi. *Z.*

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. listopada o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Kol. Gliński: Demonstracya okazów anatomiczno-patologicznych. 2) Kol. Cetnarowski: O pęknięciach macicy wśród ciąży (z przedstawieniem preparatów).


· ODZNACZENIA ·
KRAKÓW - LWÓW - PARYŻ - WIEDEŃ

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa



poleca wyroby własne: 208



Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z Syrr. Fellowa. Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. — **Do nabycia we wszystkich aptekach.**

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol, itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. — Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 1·40, za duży Kor. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lek. i Min. **spraw. wewn. w Petersburgu.**

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich **korzeni na koniaku** francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemensis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. **Sposób użycia:** Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki Kor. 2, większej Kor. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i **próbki dla Panów Lekarzy** gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa.**

NORMALNE WODY MINERALNE
WEDŁUG PRZEPISU
Prof. Dr. W. JAWORSKIEGO w KRAKOWIE.
(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka Wyrabia Rządowo uprawniona fabryka

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy l. 4. (Telef. Nr. 227).

a) **Wody normalne zawierające składniki tylko mineralne:**

Nr.	Woda normalna	hal.	Nr.	Woda normalna	hal.
I	Normalna . . . . . . flaszka $^1/_4$ l.	40	XII	Jodowa słabsza . . . . flaszka $^3/_4$ l.	50
II	Alkaliczna słabsza . . . „ „	30	XIII	Jodowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	50
III	Alkaliczna mocniejsza . „ „	35	XIV	Bromowa słabsza . . . „ $^3/_4$ l.	40
IV	Słona słabsza . . . . „ „	35	XV	Bromowa mocniejsza . . „ $^1/_2$ l.	40
V	Słona mocniejsza . . . „ „	40	XVI	Żelazista . . . . . . „ $^3/_4$ l.	40
VI	Alkaliczno-słona . . . „ „	30	XVII	Arsenowa . . . . . . „ $^1/_2$ l.	50
VII	Glauberska mocniejsza . „ „	40	XVIII	Arsenowo-żelazista . . „ „	50
VIII	Glauberska słabsza . . „ „	30	XIX	Dyetetyczna . . . . . „ $^3/_4$ l.	40
IX	Magnowa . . . . . . „ „	40	XX	Kwaskowata . . . . . „ $^1/_2$ l.	30
X	Wapniowa . . . . . „ „	40	XXI	Stołowa normalna . . . „ $^3/_4$ l.	30
XI	Litowa . . . . „ „	50			

b) **Wody normalne zawierające salicylany:**

Nr.		hal.	Nr.		hal.
XXII	A. **Aqua alcalina** eff. **mitior** numerata	40	XXV	D. **Ziemna mocniejsza** numerowana . .	60
XXIII	B. **Aqua alcalina** eff. fortior	60	XXVI	E. **Aqua magnesiae** eff. numerata . .	40
XXIV	C. **Ziemna słabsza** numerowana . . .	40			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franko.

201